

«Σχολή Κοινωνικών Επιστημών»

«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση από τη ζωή των προσφύγων και αιτούντων άσυλο της Δομής Φιλοξενίας

Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης»

Θωμάς Δ. Πλάκας

Επιβλέπων καθηγητής: «Δημήτριος Νιάκας»



Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2022

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση από τη ζωή των προσφύγων και αιτούντων άσυλο της Δομής Φιλοξενίας Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης»

Θωμάς Δ. Πλάκας

Επιτροπή Επίβλεψης Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Δημήτριος Νιάκας»

«Διευθυντής Προγράμματος Σπουδών,  
Καθηγητής Οικονομικών και Διοίκησης  
Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής  
του Εθνικού και Καποδιστριακού  
Πανεπιστημίου Αθηνών»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

«Βασίλειος Αλετράς»

«Καθηγητής Πρώτης Βαθμίδας του  
Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης  
Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου  
Μακεδονίας»

Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2022



*Η παρούσα εργασία είναι αφιερωμένη  
στη μνήμη της γιαγιάς μου της Κικής (Βασιλικής Δημητρακοπούλου),  
που έφυγε πριν 2 χρόνια από τη ζωή, σε ηλικία 90 ετών.*

*«Πράσινο Γορτυνίας, Σεπτέμβριος 1930–Αγρίδι Γορτυνίας, Μάρτιος 2020»*

*Τα κοινά μας βιώματα θα με συνοδεύουν για πάντα.*



## Ευχαριστίες

Η ενότητα των ευχαριστιών είναι μία ιδιαίτερη ενότητα, καθώς η συμπλήρωσή της και μόνο φέρνει στον νου αναμνήσεις από την αρχή αυτού του ταξιδιού έως και το τέλος του. Η αρχή του ταξιδιού περιλαμβάνει τις παρακολουθήσεις των πρώτων ενοτήτων στο Πρόγραμμα Σπουδών, με το τέλος του να σηματοδοτεί τα εναπομείναντα βήματα μέχρι την ολοκλήρωση της Διπλωματικής Εργασίας. Ένα ταξίδι που ήταν περισσότερο ενδιαφέρον από τις αρχικές μου εκτιμήσεις, με τις γνώσεις που αποκομίστηκαν να ξεπερνούν κατά πολύ τα πλαίσια που οριοθετούν τις πολιτικές υγείας. Η ενασχόληση με τα διοικητικά της υγείας προϋποθέτει την απόκτηση πολλών γνώσεων στα οικονομικά της υγείας, στην κοινωνιολογία της υγείας και στην ψυχολογία της υγείας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Νιάκα Δημήτριο. Οι στοχευμένες συμβουλές του κατά τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας και η γενικότερη καθοδήγησή του σε θέματα σχεδιασμού και οργάνωσης ήταν για εμένα πολύ σημαντικές. Τον ευχαριστώ επίσης για την οργάνωση όλου του προγράμματος σπουδών, που μου έδωσε τη δυνατότητα να διευρύνω κατά πολύ τις γνώσεις μου σε πολλά και διαφορετικά πεδία.

Ευχαριστώ επίσης και τον επιβλέποντα Β' καθηγητή κ. Αλετρά Βασίλειο, για την τιμή που μου έκανε να συμπεριληφθεί στην επιτροπή επίβλεψης αυτής της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον διοικητή της δομής Βαγιοχωρίου κ. Γεώργιο Τσαούση και σε όλη την ομάδα του για την έγκριση που μου παρείχαν, προκειμένου να διεξάγω τη συγκεκριμένη έρευνα. Η δομή Βαγιοχωρίου και όλοι οι εργαζόμενοι που παρέχουμε υπηρεσίες σε αυτήν καθημερινά, προσπαθούμε να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής των φιλοξενούμενων μας και εν πολλοίς νομίζω ότι τα έχουμε καταφέρει.

Δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω επίσης τον φίλο και συνάδελφο κ. Τζερεντλή Εμμανουήλ, που με τις γνώσεις του στα αραβικά και στα φαρσί συνέδραμε στο να συνταχθούν τα ερωτηματολόγια αυτής της μελέτης. Ο κ. Τζερεντλής έχει πολυετή εμπειρία στα ζητήματα υγείας των μετακινούμενων πληθυσμών, με όλες του τις συμβουλές από την αρχή έως το τέλος αυτής της εργασίας, να είναι πολύτιμες για εμένα.



Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην Ειρήνη, στη μητέρα μου Ελένη και στον πατέρα μου Δημήτρη. Οι τρεις τους γνωρίζουν καλύτερα από όλους τις προσπάθειες που έκανα, τις δυσκολίες που ξεπέρασα και τους κόπους που κατέβαλα προκειμένου να φτάσω ως εδώ. Η υποστήριξή τους ήταν μεγάλη.

## Περίληψη

Κατά τη διάρκεια των ετών 2015–2016, αλλά και τα μεταγενέστερα έτη σε μικρότερο βαθμό, η Ελλάδα δέχθηκε μαζικές αφίξεις προσφύγων από τη Συρία, το Αφγανιστάν και άλλες ασιατικές ή αφρικανικές χώρες.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης από τη ζωή των διαμενόντων στη δομή φιλοξενίας Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης, με τη χρήση του εργαλείου επισκόπησης υγείας SF-36 και της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή του Diener.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Σε σύνολο 224 ενηλίκων διαμενόντων στη δομή το δίμηνο Νοεμβρίου–Δεκεμβρίου 2021, 144 άτομα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιείχε ερωτήσεις που αντιστοιχούσαν στις ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης, ενώ τα δύο επόμενα μέρη την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή του Diener και το εργαλείο SF-36. Για τον έλεγχο της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών στις κλίμακες της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 26.0.

**Αποτελέσματα:** Τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή των ερωτηθέντων (μέση τιμή: 13,64, διάμεσος τιμή: 12) και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους (PCS: μέση τιμή: 43,90, τυπική απόκλιση: 10,69, διάμεσος τιμή: 44,91/MCS: μέση τιμή: 42,08, τυπική απόκλιση: 11,83, διάμεσος τιμή: 42,05) κυμάνθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή επηρεάστηκε σημαντικά από τους παράγοντες «κάλυψη αναγκών από τους φορείς, λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής, οικογενειακή κατάσταση και σύντομη ή μη άφιξη στη χώρα προορισμού». Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάστηκε σημαντικά από τους παράγοντες «ηλικία, φύλο, χρόνος παραμονής στην Ελλάδα, σύντομη ή μη άφιξη στη χώρα προορισμού, λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής, σοβαρό πρόβλημα υγείας, εκπαίδευση και οικογενειακή κατάσταση».

**Συμπεράσματα:** Η καθημερινή υποστήριξη των διαμενόντων και η εστίαση των αρμόδιων φορέων στη διευθέτηση ζητημάτων ασύλου και υγειονομικής περίθαλψης έχουν θετικό αντίκτυπο στις κλίμακες της μελέτης.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ  
ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Θωμάς Πλάκας, *Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση από τη ζωή των προσφύγων και αιτούντων άσυλο της Δομής Φιλοξενίας Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης*

**Λέξεις-Κλειδιά:** Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, Ικανοποίηση από τη ζωή, Πρόσφυγες, Αιτούντες άσυλο

## Abstract

During the period 2015–2016, but also the following years to a lower extent, Greece received mass arrivals of refugees from Syria, Afghanistan and other Asian or African countries.

**The purpose** of this study is to estimate the levels of health-related quality of life and life satisfaction among refugees and asylum seekers residing in the accommodation center of Vagiochori (Thessaloniki, Greece), using the SF-36 health survey questionnaire and the life satisfaction scale of Diener.

**Materials and Methods:** Among 224 adults residing in the center during November–December 2021, 144 persons completed the survey questionnaire. This consisted of three parts. The first part contained questions related to the independent variables of the survey, while the next two parts contained the life satisfaction scale of Diener and the SF-36 tool. IBM SPSS Statistics 26.0 statistical package was used in order to assess the impact of the independent variables on the dependent scales of the survey.

**Results:** Respondents' life satisfaction levels (mean: 13,64, median: 12) and health-related quality of life (PCS: mean: 43,90, SD: 10,69, median: 44,91/MCS: mean: 42,08, SD: 11,83, median: 42,05) were low. The variables «coverage of needs by NGOs, medication receipt, marital status and belief of arrival in destination country (soon/not soon)» had a significant impact on life satisfaction scale. The variables «age, gender, duration of stay in Greece, belief of arrival in destination country (soon/not soon), medication receipt, serious health problem, educational level and marital status» had a significant impact on health-related quality of life.

**Conclusions:** The daily support of the residents and the focusing of the governmental actors on resolving asylum issues and health care provision challenges have a positive impact on the dependent variables of the study.

**Keywords:** Health-related quality of life, Life satisfaction, Refugees, Asylum seekers

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	v
Περίληψη .....	vii
Abstract .....	ix
Κατάλογος Εικόνων/Σχημάτων .....	xii
Κατάλογος Πινάκων .....	xiii
Συντομογραφίες και Ακρωνύμια .....	xiv
1. Εισαγωγή .....	1
2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	3
2.1 Ορισμός «Υγεία» .....	3
2.2 Ποιότητα Ζωής .....	4
2.3 Έννοια της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	7
2.3.1 Μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής .....	8
2.3.2 Εργαλεία μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	10
3. Ικανοποίηση από τη Ζωή.....	18
3.1 Η Υποκειμενική Ευημερία και τα συστατικά της.....	18
3.2 Έννοια της Ικανοποίησης από τη Ζωή .....	20
3.2.1 Εργαλεία μέτρησης της Ικανοποίησης από τη Ζωή.....	21
4. Βασικές έννοιες των προσφυγικών και μεταναστευτικών ζητημάτων .....	25
4.1 Το νομικό πλαίσιο για τους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο .....	28
4.2 Τα κυριότερα προβλήματα υγείας των προσφύγων και αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα .....	32
5. Μεθοδολογία της μελέτης.....	34
Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία .....	x



6. Ανάλυση αποτελεσμάτων .....	36
6.1 Αποτελέσματα μετρήσεων για την Ικανοποίηση από τη Ζωή.....	40
6.2 Αποτελέσματα μετρήσεων για τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής .....	41
6.3 Ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών .....	43
7. Συζήτηση.....	52
7.1 Περιορισμοί της μελέτης .....	56
8. Συμπεράσματα .....	57
Βιβλιογραφία .....	59
Παράρτημα.....	67



## Κατάλογος Εικόνων/Σχημάτων

[Εικόνα εξώφυλλου 1 Το λογότυπο του ΕΑΠ, σε έγχρωμη έκδοση](#)

[Εικόνα εξώφυλλου 2 Φωτογραφία μέρους της παιδικής χαράς και του νηπιαγωγείου της δομής Βαγιοχωρίου. Στο βάθος της φωτογραφίας φαίνεται η δυτική πλευρά της λίμνης Βόλβης](#)

[Εικόνα 3 Το λογότυπο του ΕΑΠ, σε έγχρωμη έκδοση](#)

[Σχήμα 1 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς το φύλο, την ηλικία και τη χώρα καταγωγής](#)

[Σχήμα 2 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσής τους](#)

[Σχήμα 3 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς το χρονικό διάστημα παραμονής τους στην Ελλάδα και ως προς την άποψή τους για το εάν καλύπτονται οι καθημερινές τους ανάγκες στη δομή](#)

[Σχήμα 4 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς τη λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής και την αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων υγείας](#)

[Σχήμα 5 Κατανομή συχνοτήτων για τις μετρήσεις ικανοποίησης από τη ζωή](#)



## Κατάλογος Πινάκων

[Πίνακας 1 Συνοπτική απεικόνιση της κατανομής του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών της μελέτης](#)

[Πίνακας 2 Περιγραφική στατιστική αποτύπωση των οκτώ διαστάσεων του SF-36 και των κλιμάκων PCS, MCS](#)

[Πίνακας 3 Συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «ηλικία» και στις τρεις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης](#)

[Πίνακας 4 Συσχετίσεις των έξι ανεξάρτητων διχοτομικών μεταβλητών της μελέτης και των KIZ/PCS/MCS](#)

[Πίνακας 5 Συσχετίσεις των μεταβλητών «εκπαίδευση» και «οικογενειακή κατάσταση» με τις KIZ/PCS/MCS](#)



## Συντομογραφίες και Ακρωνύμια

ΣΥΠΖ -> Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

SF-36 -> Short form 36

ΠΟΥ -> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

WHO -> World Health Organization

IOM -> International Organization for Migration (Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης)

UNHCR -> United Nations High Commissioner for Refugees (Υπατη Αρμοστεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες)

KIZ -> Κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή

ΠΑΑΥΠΑ -> Προσωρινός Αριθμός Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού

ΜΚΟ -> Μη Κυβερνητική Οργάνωση

ΥΠΥΤ -> Υπηρεσία Υποδοχής και Ταυτοποίησης

PCS -> Physical Component Summary (Σύνοψη σωματικών συνιστωσών)

MCS -> Mental Component Summary (Σύνοψη ψυχικών συνιστωσών)



## 1. Εισαγωγή

Η ευρωπαϊκή μεταναστευτική και προσφυγική κρίση του 2015 είχε ως αποτέλεσμα την άφιξη περισσότερων του ενός εκατομμυρίου ανθρώπων στην Ευρώπη, με κυριότερες χώρες-προορισμούς την Ελλάδα και την Ιταλία. Πιο συγκεκριμένα, πάνω από 850,000 πρόσφυγες και μετανάστες ήρθαν στην Ελλάδα από την Τουρκία, ενώ περίπου 150,000 άνθρωποι πέρασαν στην Ιταλία από τις χώρες της Βόρειας Αφρικής (UNHCR, 2015).

Το έτος 2016, η Ελλάδα δέχθηκε 173,450 πρόσφυγες και μετανάστες στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου, έχοντας παράλληλα 3,784 χερσαίες αφίξεις στην περιοχή του Έβρου. Οι αφίξεις δια μέσου θαλάσσης ακολούθησαν πτωτική πορεία τα επόμενα έτη, φθάνοντας στις 9,714 το έτος 2020. Οι χερσαίες αφίξεις στα σύνορα του Έβρου με την Τουρκία κυμάνθηκαν σε σαφώς χαμηλότερα επίπεδα, καταγράφοντας 5,982 πρόσφυγες και μετανάστες το έτος 2020. Στο σύνολο των ετών 2017-2020 η Ελλάδα δέχθηκε συνολικά 177,127 νέες αφίξεις στα χερσαία και θαλάσσια σύνορά της, αριθμός περίπου ίδιος με αυτόν του έτους 2016 (UNHCR, 2021).

Ανατρέχοντας στα πλέον πρόσφατα δεδομένα, από τις αρχές του 2021 στην Ελλάδα κατέφθασαν 7,879 πρόσφυγες και μετανάστες (δεδομένα μέχρι 21/11/2021). Στο σύνολο των καταγεγραμμένων αφίξεων για το 1<sup>ο</sup> οκτάμηνο του έτους, το μεγαλύτερο ποσοστό (29.5%, Απόλυτος αριθμός: 604 νέες αφίξεις) προέρχονταν από το Αφγανιστάν. Στη δεύτερη θέση ακολούθησε η Σομαλία (Ποσοστό: 16,9 %, Απόλυτος αριθμός: 345 νέες αφίξεις). Σε σαφώς χαμηλότερα επίπεδα κατέφθασαν στην Ελλάδα αραβόφωνοι πληθυσμοί (Στο σύνολο 444 νέες αφίξεις από Ιράκ, Συρία και Παλαιστίνη) (UNHCR, 2021).

Σύμφωνα με πρόσφατο ενημερωτικό σημείωμα του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου, τον Οκτώβριο του 2021 οι διαμένοντες πρόσφυγες και μετανάστες στις δομές της ενδοχώρας και στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου ήταν 37,951 (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021c). Στη δομή φιλοξενίας στο Βαγιοχώρι Θεσσαλονίκης διέμεναν, στα τέλη του Οκτωβρίου 2021, 564 πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, εκ των οποίων οι 275 ήταν ηλικίας 18 ετών και άνω (IOM, 2021b).

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) των ενήλικων διαμενόντων της δομής Βαγιοχωρίου, καθώς και η μέτρηση της



ικανοποίησής τους από τη ζωή. Για τη μέτρηση της ΣΥΠΖ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Short form 36 (SF-36), ενώ για αυτή της ικανοποίησης από τη ζωή η κλίμακα του Diener (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Ware Jr & Sherbourne, 1992). Στην προσπάθεια αναζήτησης παραγόντων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις παραπάνω κλίμακες, αναλύθηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα, καθώς και άλλες κρίσιμες παράμετροι που καθορίζουν την καθημερινότητά τους στη δομή.

Η 2<sup>η</sup> ενότητα της μελέτης αναλύει τον όρο «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής», αφού πρώτα έχει γίνει μία εκτενής αναφορά στους όρους «υγεία/ποιότητα ζωής». Επιπλέον, παρατίθενται όλα τα γνωστά εργαλεία εκτίμησης της ΣΥΠΖ, μεταξύ αυτών και το SF-36.

Στην 3<sup>η</sup> ενότητα αναλύεται ο όρος «ικανοποίηση από τη ζωή», αφού πρώτα αναλυθούν οι όροι «υποκειμενική ευημερία/ευτυχία/αρνητικό συναίσθημα/θετικό συναίσθημα». Επιπρόσθετα, γίνεται μία ανασκόπηση των πιο διαδεδομένων εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή, μεταξύ των οποίων βρίσκεται και η κλίμακα του Diener.

Η 4<sup>η</sup> ενότητα είναι αφιερωμένη στην ανάλυση των βασικών εννοιών για τα προσφυγικά και μεταναστευτικά ζητήματα. Αυτή η ενότητα περιλαμβάνει την ανασκόπηση της ελληνικής νομοθεσίας για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο, διασαφηνίζοντας τους όρους «πρόσφυγας/μετανάστης/αιτών άσυλο». Επίσης, εστιάζει στη μερική ανάλυση των διεθνών και ευρωπαϊκών συμβάσεων, όπως η σύμβαση της Γενεύης και το αναθεωρημένο πρωτόκολλο του 1967, η συνθήκη Σένγκεν και ο κανονισμός του Δουβλίνου III.

Στην 5<sup>η</sup> ενότητα παρουσιάζεται η μεθοδολογία της μελέτης, ενώ στις τρεις τελευταίες ενότητες αναλύονται τα αποτελέσματα και εξάγονται, σύμφωνα με αυτά, τα κατάλληλα συμπεράσματα. Πραγματοποιείται επιπλέον μία αντιπαραβολή των αποτελεσμάτων με δεδομένα από μελέτες της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας. Με βάση τους περιορισμούς της μελέτης, δίνονται στοχευμένες συμβουλές που θα οδηγήσουν τις μελλοντικές εργασίες σε περισσότερο ασφαλή και γενικευμένα αποτελέσματα.



## 2. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Οι ορισμοί «υγεία», «ποιότητα ζωής» και «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ)» χρησιμοποιούνται ευρέως στη βιβλιογραφία και στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας θα αποσαφηνιστούν λεπτομερώς. Οι ορισμοί «υγεία» και «ποιότητα ζωής» προϋπάρχουν του τελευταίου (Karimi & Brazier, 2016) και συνεπώς θα αναλυθούν πρώτοι.

### 2.1 Ορισμός «Υγεία»

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ως «υγεία» την κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η απόλαυση ενός υψηλότατου επιπέδου υγείας από τα άτομα του πληθυσμού αποτελεί προτεραιότητα για τον ΠΟΥ και ξεπερνά τα στενά όρια των θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, του φυλετικού διαχωρισμού και των εκάστοτε κοινωνικοοικονομικών συνθηκών (WHO, 1946).

Το έτος 1984 υιοθετήθηκε, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ο στόχος «υγεία για όλους», ο οποίος επέφερε σημαντικές αλλαγές στις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας. Το 1991, στο πλαίσιο του παραπάνω στόχου, αναπτύχθηκαν στρατηγικές οι οποίες αναφέρονται στα εξής (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999):

- Στη μείωση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ των διαφόρων χωρών, αλλά και μεταξύ των διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού σε εγχώριο επίπεδο
- Στην προσθήκη ζωής στα χρόνια, συμβάλλοντας στην αξιοποίηση όλων των συνιστωσών του ορισμού «υγεία», όπως ήδη περιγράφηκε
- Στη μείωση της νοσηρότητας και των ανικανοτήτων στον πληθυσμό
- Στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής

Σύμφωνα με το καταστατικό της σύσκεψης της Οτάβα το 1986, η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού περιλαμβάνει την αναγνώριση νέων προκλήσεων/στόχων, την ικανοποίηση νέων αναγκών και την προσαρμογή σε ατομικό ή συλλογικό επίπεδο με τα δεδομένα που επιβάλλει το περιβάλλον. Η υγεία συνεπώς δεν είναι ένας στατικός ορισμός, αλλά



μεταβάλλεται δυναμικά ανάλογα και με τις αλλαγές που διέπουν τα χαρακτηριστικά που την απαρτίζουν (WHO, 1986).

Σε γενικές γραμμές η έννοια της υγείας θα μπορούσε να εκφραστεί με έναν θετικό ή αρνητικό ορισμό, καθώς και με έναν λειτουργικό ή βιωματικό ορισμό. Ο θετικός ορισμός της υγείας έρχεται εν πολλοίς σε συμφωνία με τον προαναφερθέντα ορισμό του ΠΟΥ. Ο αρνητικός ορισμός της υγείας πρεσβεύει τις αρχές του βιοϊατρικού μοντέλου, θεωρώντας την υγεία ως απουσία συμπτωμάτων. Ο λειτουργικός ορισμός της υγείας ορίζει μία κατάσταση όπου το άτομο μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στις κοινωνικές του υποχρεώσεις. Τέλος, ο βιωματικός ορισμός της υγείας περιλαμβάνει όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά που το ίδιο το άτομο καθορίζει, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις που έχει θέσει (Sartorius, 2006; Ιωαννίδη & Μάντη, 1999).

Οι καθοριστές της υγείας αλληλεπιδρούν, επηρεάζοντας τα άτομα και τους διάφορους πληθυσμούς. Ο τρόπος και το περιβάλλον διαβίωσης, τα γενετικά χαρακτηριστικά, το οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, καθώς και ο κοινωνικός περίγυρος διαμορφώνουν τα επίπεδα υγείας των ατόμων/πληθυσμών και σαφώς συνεισφέρουν περισσότερο από όσο συνεισφέρει στην υγεία η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι δύο τελευταίοι καθοριστές περιγράφονται στους στόχους του σχεδίου «Υγεία για όλους», το οποίο ήδη αναλύθηκε παραπάνω (WHO, 2017; Ιωαννίδη & Μάντη, 1999).

## 2.2 Ποιότητα Ζωής

Ο ορισμός «ποιότητα ζωής» έχει τις ρίζες του στον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία το 1946 και στην ευρύτερη χρησιμοποίησή του 2 χρόνια αργότερα. Ο ΠΟΥ για τον ορισμό της υγείας περιέλαβε μεταξύ άλλων τον όρο «well-being». Ο όρος «well-being» αποτελεί έναν παράγοντα σύγχυσης για τον προσδιορισμό και την αντίληψη της ποιότητας ζωής, σε σχέση με το τι ορίζεται ως υγεία (Post, 2014). Η ποιότητα ζωής απασχολεί επαγγελματίες και ερευνητές σε πολλούς κλάδους, όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η οικονομία και οι περιβαλλοντικές επιστήμες (Estoque et al., 2019). Η βελτίωση της ποιότητας ζωής εξαρτάται αναμφίβολα από τον παράγοντα «υγεία», προϋποθέτοντας παράλληλα την οικονομική ανάπτυξη και την πρόοδο της κοινωνίας, την καλύτερευση των συνθηκών του περιβάλλοντος



και τις δοθείσες ευκαιρίες μόρφωσης. Στο σύνολό τους οι παραπάνω αντικειμενικοί παράγοντες καθορίζουν το βιοτικό και πολιτιστικό επίπεδο των πληθυσμών, που είναι συνυφασμένο με την ποιότητα ζωής αλλά και με τους θετικούς δείκτες υγείας (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999).

Σύμφωνα με τον Post (2014), οι περισσότερες μετρήσεις γύρω από την ποιότητα ζωής ακολουθούν την ίδια μεθοδολογία σε σχέση με τις μετρήσεις υγείας. Οι υποκειμενικές αντιλήψεις σωματικής λειτουργίας, ψυχικής κατάστασης και κοινωνικής λειτουργικότητας αποτελούν μέρος της διαδικασίας που πλαισιώνουν τους ανωτέρω αντικειμενικούς δείκτες, με σκοπό να εξαχθούν μετρήσιμα αποτελέσματα (Post, 2014).

Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής, ως την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, υπό το πρίσμα των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και των αξιακών συστημάτων της ζωής τους, σε σχέση με τους στόχους τους, τις προσδοκίες τους, τα πρότυπά τους και τις ανησυχίες τους (WHO, 2012). Στην προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας ζωής, ο ΠΟΥ ανέπτυξε ένα σχετικό εργαλείο μέτρησης (WHOQOL) με εφαρμογή σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και καταστάσεις. Οι κυριότεροι παράγοντες που το απαρτίζουν περιλαμβάνουν καθοριστές σχετικούς με τη σωματική υγεία, τις ψυχικές λειτουργίες, τις κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο ανεξαρτησίας των ατόμων και το περιβάλλον που διαβιών (π.χ. οικιακό περιβάλλον, οικονομικές συνθήκες, συνθήκες εργασίας, δυνατότητα απόκτησης νέων δεξιοτήτων) (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999).

Ο Post (2014) αναφέρει πως οι περισσότεροι από τους προσδιορισμούς της ποιότητας ζωής που είναι διαθέσιμοι στη βιβλιογραφία, περιλαμβάνουν την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για την ικανοποίησή τους από τη ζωή. Η βάση της αξιολόγησης αφορά στις αξίες, στους στόχους και στις ανάγκες των ατόμων, με γνώμονα τα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που τα ακολουθούν (Post, 2014).

Δημοσίευση του 1992 για ασθενείς με κακοήθειες στην περιοχή του εγκεφάλου και του λαιμού, ορίζει την ποιότητα ζωής ως μία κατάσταση που περιλαμβάνει δύο συστατικά. Το πρώτο εξ αυτών αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να φέρνουν εις πέρας τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ενώ το δεύτερο στην ικανοποίησή τους για τη λειτουργικότητα που παρουσιάζουν ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας και των συμπτωμάτων της. Σύμφωνα με τα λεγόμενα των συγγραφέων, οι μελλοντικές έρευνες θα έπρεπε να περιλαμβάνουν στοιχεία της ποιότητας ζωής με υποκειμενικά και αντικειμενικά



χαρακτηριστικά. Η αξιολόγηση των εξωτερικών χαρακτηριστικών είναι εξίσου σημαντική με τα υποκειμενικά δεδομένα των ασθενών που συμμετέχουν στις έρευνες (Gotay & Moore, 1992).

Δημοσίευση του 1988 δίνει έναν πιο γενικό ορισμό στην ποιότητα ζωής. Λαμβάνοντας υπόψιν τις μετρήσεις σωματικής και ψυχολογικής λειτουργίας των ερωτηθέντων, μελετάει τις δραστηριότητές τους, μέσα από μία γενικότερη αντίληψη, αυτής της ζωής (Van Knippenberg & De Haes, 1988). Στο ίδιο μήκος κύματος βρίσκεται άλλωστε και ο ορισμός του ΠΟΥ για την ποιότητα ζωής, που ήδη αναφέρθηκε παραπάνω.

Η ποιότητα ζωής των ατόμων και των πληθυσμών επηρεάζεται από μία σειρά προσδιοριστικών παραγόντων όπως το επίπεδο ιατρονοσηλευτικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, το μορφωτικό επίπεδο, τα επίπεδα εργασίας/ανεργίας του πληθυσμού, το επίπεδο διαβίωσης και κατοικίας, οι κλιματικές συνθήκες, η μόλυνση του περιβάλλοντος, οι διατροφικές συνήθειες, η πρόσβαση σε επαρκές και πόσιμο νερό, το πολιτισμικό επίπεδο, καθώς και τα δεδομένα περί κοινωνικής διαστρωμάτωσης και κοινωνικοοικονομικών συνθηκών/ανάπτυξης. Οι παραπάνω παράγοντες, μαζί με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πληθυσμών και τον φυσικό πλούτο των διαφόρων περιοχών, αποτελούν τους σημαντικότερους προσδιοριστές της ποιότητας ζωής και συνεπώς επηρεάζουν τις αντίστοιχες μετρήσεις (Estoque et al., 2019; Θεοφίλου, 2015).

Συμπερασματικά, η προσπάθεια προσδιορισμού της ποιότητας ζωής αποτελεί αναμφίβολα μία πρόκληση. Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής είναι πολλές και αλληλεπικαλύπτονται. Η μέτρηση και η εκτίμηση των επιπέδων ποιότητας ζωής των πληθυσμών μπορεί να αφορά περισσότερες των μία ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους ψυχολόγους, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους οικονομολόγους, τους γεωλόγους, καθώς και τους περιβαλλοντολόγους. Η επιλογή των κατάλληλων μετρήσεων, σύμφωνα με τους στόχους της εκάστοτε έρευνας, περιορίζει το εύρος των αναλύσεων προς διεξαγωγή, εστιάζοντας στις σημαντικότερες πτυχές τους (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Στην επομένη ενότητα θα αναλυθεί εκτεταμένα η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, που αποτελεί και θεματικό πεδίο της παρούσας εργασίας.



### 2.3 Έννοια της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής

Ο προσδιορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ), όπως και αυτός της ποιότητας ζωής, περιλαμβάνει αρκετές δυσκολίες και θεωρείται κατά πολλούς ασαφής. Η ΣΥΠΖ μπορεί να οριστεί ως η εκτίμηση του κάθε ατόμου για τη λειτουργικότητά του στη ζωή, λαμβάνοντας υπόψιν τα επίπεδα ευεξίας μέσα από τη φυσική, ψυχική και κοινωνική τους διάσταση. Ένας δεύτερος ορισμός επιχειρεί να συσχετίσει την ποιότητα ζωής με την ΣΥΠΖ. Σύμφωνα με αυτόν, η ποιότητα ζωής αποτελεί μια γενικότερη έννοια, ενσωματώνοντας όλο το εύρος των παραγόντων που επηρεάζουν τις ζωές των ατόμων και των πληθυσμών. Η ΣΥΠΖ περιλαμβάνει εκείνους τους παράγοντες που σχετίζονται και καθορίζουν την ατομική υγεία. Ένας τρίτος, λιγότερο γενικός ορισμός εστιάζει στα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και ταυτόχρονα απορρέουν από την κατάσταση υγείας των ατόμων και την απουσία ή παρουσία ασθενειών ή/και θεραπειών. Τέλος, ένας τέταρτος ορισμός αφορά στις προτιμήσεις των ατόμων ως προς τις εκβάσεις υγείας, μέσω υπολογισμού των ποιοτικώς σταθμισμένων ετών ζωής (QALYs). Σε αυτήν την περίπτωση, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για ζητήματα υγείας αξιολογούνται από τους ερωτηθέντες, αντανakλώντας την ποιότητα ζωής που έχει κερδηθεί ή χαθεί μέσα στο χρόνο (Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 2002b; Karimi & Brazier, 2016).

Η ΣΥΠΖ μπορεί να βρει εφαρμογή σε υγιείς και ασθενείς. Οι χρόνιες παθήσεις, οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα φαρμακευτικά σκευάσματα διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η υποκειμενική αντίληψη των ασθενών για τα θέματα της υγείας τους αποτυπώνεται στην ΣΥΠΖ, η οποία λαμβάνει υπόψιν τις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις του ζητήματος. Αυτά τα χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική ή μη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, τις γνώσεις τους για τη νόσο, τις οικονομικές τους δυνατότητες, την ψυχολογική τους κατάσταση και την κοινωνική υποστήριξη που τους παρέχεται, διαμορφώνουν την ΣΥΠΖ. Η ΣΥΠΖ μπορεί να μετρηθεί και στον υγιή πληθυσμό. Ωστόσο, σε αυτήν την περίπτωση τα επίπεδα της ΣΥΠΖ εξαρτώνται αποκλειστικά από τις εκτιμήσεις των ίδιων των ατόμων, χωρίς να προσμετρώνται οι πρόσθετες θετικές και αρνητικές επιπτώσεις των υπόλοιπων, σχετικών με τη νόσο, παραγόντων (π.χ. θεραπευτικό σχήμα) (Αργέντου, 2009).

Με βάση τα παραπάνω, φαίνεται πως η ΣΥΠΖ αποτελεί ένα σημαντικό πεδίο απασχόλησης για τους επαγγελματίες της υγείας. Η ανάπτυξη νέων βιοϊατρικών τεχνολογιών και



καινοτόμων θεραπευτικών παρεμβάσεων είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Αυτή η αύξηση ωστόσο, εφόσον συνοδεύεται από μία καλή ποιότητα ζωής, θα έφερνε καλύτερα αποτελέσματα στον πληθυσμό, σε σχέση με τις πρακτικές που εφαρμόζονταν παλιότερα. Η αντιμετώπιση των ασθενειών δεν εστιάζει πλέον μόνο στην εξάλειψη των βιολογικών αιτιών που τις προκαλούν, αλλά λαμβάνει υπόψιν και άλλα πεδία ενδιαφέροντος, όπως αυτά περιγράφονται στον ευρύτερο, θετικό ορισμό της υγείας. Η βελτίωση της ΣΥΠΖ αποτελεί προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας, αντικαθιστώντας ουσιαστικά και στην πλειονότητα των νοσημάτων τις παραδοσιακές μετρήσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας (Υφαντόπουλος, 2007).

Η Ανάλυση Κόστους–Χρησιμότητας (ΑΚΧ) στηρίζεται πάνω στην ΣΥΠΖ, όπως ήδη περιέγραψαν το 1982 οι Kaplan και Bush (Kaplan & Bush, 1982). Δύο θεραπευτικά προγράμματα με παρόμοια αποτελεσματικότητα, εφόσον διαφέρουν στις εκβάσεις που σχετίζονται με την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, είναι προφανές πως θα έχουν και διαφορετικές μετρήσεις της ΣΥΠΖ. Επιπλέον, μέσω της ΑΚΧ και των μετρήσεων της ΣΥΠΖ, μπορούν να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα για αντικαρκινικές θεραπείες, που ενώ εξασφαλίζουν τη μακροζωία των ασθενών, διαφέρουν ως προς τις επιπτώσεις τους στην ποιότητα ζωής των τελευταίων. Η ΑΚΧ, με τη συμβολή της ΣΥΠΖ, φαίνεται πως υπερισχύει της Ανάλυσης Κόστους–Αποτελεσματικότητας (ΑΚΑ), λαμβάνοντας υπόψιν τις προτιμήσεις των ασθενών για συγκεκριμένες εκβάσεις υγείας, πρακτική η οποία δεν εφαρμόζεται στην τελευταία μέθοδο (δηλαδή στην ΑΚΑ) (Drummond, O'Brien, Stoddart, & Torrance, 2002a).

### **2.3.1 Μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής**

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στις αρχές του 1990 δημοσιεύθηκαν οι πρώτες μελέτες που σχετίζονταν με τη μέτρηση της ΣΥΠΖ. Εργαλεία με δυνατότητες μέτρησης παραγόντων σχετικών με ύπαρξη ασθενειών, την ευτυχία, τις υποκειμενικές εκτιμήσεις των ερωτηθέντων για την υγεία τους, καθώς και ερωτήσεις για την υλοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων ήρθαν στο προσκήνιο (Segovia, Bartlett, & Edwards, 1989). Τα εργαλεία αυτά αποτέλεσαν σημαντικό πεδίο έρευνας και περαιτέρω ανάπτυξης, εφόσον έδιναν αποτελέσματα για τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού και εξήγαγαν σημαντικά συμπεράσματα για τις απαραίτητες βελτιώσεις που θα έπρεπε σταδιακά να λάβουν χώρα στα συστήματα περίθαλψης (Fylkesnes & Førde, 1991). Η μέτρηση της ΣΥΠΖ συνεισέφερε σημαντικά στην ανάδειξη των

οικονομικών της υγείας, μέσω της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων υγείας, της κατανομής των πόρων στην υγεία και των δοθειςών προτεραιοτήτων από τις εκάστοτε πολιτικές υγείας. Οι άξονες εφαρμογής των παραπάνω εργαλείων περιλάμβαναν εκτός των προγραμμάτων υγείας και τις κλινικές δοκιμές, των οποίων η προσεκτική και επιλεκτική αξιολόγηση κρίνονταν ως ιδιαίτερα σημαντική (Fitzpatrick et al., 1992).

Ο τρόπος μέτρησης της ΣΥΠΖ, η ύπαρξη ενός κοινά αποδεκτού σχετικού εργαλείου και η διαδικασία συλλογής των αποτελεσμάτων από τους ερωτηθέντες απασχόλησαν εντόνως τους ειδικούς του συγκεκριμένου πεδίου. Σύμφωνα με την Ann Bowling, η χρήση και ο διαμοιρασμός ερωτηματολογίων (στην περίπτωση της παρούσας εργασίας σχετικών με την μέτρηση της ΣΥΠΖ) αποτελεί ένα βασικό εργαλείο στην οργάνωση και διενέργεια επιδημιολογικών μελετών, καθώς και μελετών που αναλύουν δεδομένα υγείας πληθυσμών και κοινωνιολογικά δεδομένα (Bowling, 2005). Η συλλογή των δεδομένων μπορεί να γίνει είτε μέσω αυτοσυμπλήρωσης των ερωτημάτων από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, είτε μέσω προσωπικής τους συνέντευξης από εκπαιδευμένους συνεντευκτές. Στην πρώτη περίπτωση, ο συμμετέχων στην έρευνα έχει διαθέσιμο χρόνο για να συμπληρώσει τις ερωτήσεις που του δόθηκαν και συνήθως απαντάει με ειλικρίνεια. Ο σχεδιασμός της μελέτης δεν απαιτεί πολλούς οικονομικούς πόρους. Ωστόσο, ενέχει τον κίνδυνο της μη κατανόησης των ερωτημάτων και τη μετέπειτα μερική συμπλήρωσή τους. Η μέθοδος της προσωπικής συνέντευξης δεν εμφανίζει τα παραπάνω προβλήματα, ωστόσο είναι πιο ακριβή και πολύπλοκη. Παρόλο που μπορεί να εφαρμοστεί και σε άτομα με προβλήματα όρασης ή δυσκολίες στην ανάγνωση, απαιτεί την προγενέστερη εκπαίδευση των συνεντευκτών. Επιπλέον, λόγω του τρόπου υλοποίησής της, μπορεί να προκαλέσει άγχος (επιπρόσθετη πίεση άμεσης συμπλήρωσης) στους ερωτώμενους. Μία παραλλαγή της αποτελεί η τηλεφωνική συνέντευξη που παρουσιάζει τα ίδια θετικά στοιχεία με αυτήν, έχοντας παράλληλα και μικρότερο κόστος υλοποίησης (Bowling, 2005; Κοντοδημόπουλος, 2016).

Σύμφωνα με τον Κοντοδημόπουλο, οι μετρήσεις της ΣΥΠΖ αναδεικνύουν ζητήματα που άπτονται του κάθε ατόμου ξεχωριστά και των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού ως σύνολο. Η αξιολόγηση και σύγκριση θεραπευτικών παρεμβάσεων εμπίπτει στο φάσμα της πρώτης κατηγορίας μετρήσεων. Τέλος, η αξιολόγηση των αναγκών υγείας, της κατάστασης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της κατάστασης υγείας των πληθυσμών κατατάσσεται στη δεύτερη κατηγορία μετρήσεων (Κοντοδημόπουλος, 2016).



### 2.3.2 Εργαλεία μέτρησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής

Η ΣΥΠΖ μπορεί να εκτιμηθεί με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία υπολογίζουν είτε το γενικό επίπεδο υγείας των ερωτηθέντων, είτε τις επιπτώσεις συγκεκριμένων παθήσεων στην καθημερινότητα των ασθενών/ερωτηθέντων (Drummond et al., 2002a; Sloan, 1996). Σκοπός τους είναι η αξιολόγηση του προφίλ υγείας, μέσα από την ανάλυση διαφόρων σχετικών ιδιοτήτων/διαστάσεων που το συνθέτουν. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια επικαλούνται τη γενικότερη/παραδοσιακή διαπίστωση που πρεσβεύει το βιοϊατρικό μοντέλο για την υγεία, επεκτείνοντάς το όμως και με την αξιολόγηση επιπλέον δεικτών που καθορίζουν τη γενική ευεξία και λειτουργικότητα των ατόμων σε περισσότερους τομείς της καθημερινής τους ζωής (Stewart & Ware Jr, 1992).

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της ΣΥΠΖ εκδίδονται στην αγγλική γλώσσα. Η μετέπειτα μετάφρασή τους σε περισσότερες γλώσσες και η προσαρμογή τους στα διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα είναι απαραίτητη προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε μη αγγλόφωνους πληθυσμούς (Ware Jr & Gandek, 1998). Είναι προφανές πως υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί τρόποι δόμησης/σχεδιασμού των ερωτηματολογίων μέτρησης της ΣΥΠΖ. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ΣΥΠΖ διαφέρουν από το ένα ερωτηματολόγιο στο άλλο. Επιπλέον, η αξία που τους αποδίδεται ως προς την επιρροή τους στη ΣΥΠΖ επίσης διαφοροποιείται από την μία περίπτωση στην άλλη. Συνεπώς, η επιλεκτική και προσεκτική τους χρήση είναι αναγκαία, προκειμένου να γίνουν σεβαστές οι ιδιαιτερότητες που τα διακρίνουν και επιπλέον να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τη ΣΥΠΖ (Κοντοδημόπουλος, 2016).

Τα γενικά ερωτηματολόγια υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες παραμέτρους υγείας των ατόμων του πληθυσμού, ανεξαρτήτως νοσηρότητας, κοινωνικοδημογραφικών περιορισμών και οικονομικών κριτηρίων. Δεν περιλαμβάνουν αποκλειστικά και μόνο ασθενείς με συγκεκριμένους τύπους διαγνώσεων, με αποτέλεσμα να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε υγιή άτομα και σε άτομα με πολλά και διαφορετικά νοσολογικά προφίλ. Μέσω των συγκεκριμένων εργαλείων μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα και συγκρίσεις τόσο μεταξύ υγιών και ασθενών ατόμων, όσο και μεταξύ ατόμων με διαφορετικά νοσήματα. Τα γενικά ερωτηματολόγια έχουν ένα μεγάλο εύρος εφαρμογής, εστιάζοντας στο βαθμό που ο κάθε συμμετέχων στην έρευνα μπορεί να φέρει εις πέρας κοινές καθημερινές δραστηριότητες της ζωής του. Αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί παράλληλα να εκληφθεί και

ως μειονέκτημα, καθώς δεν μπορούν εύκολα να εξαχθούν συμπεράσματα για συγκεκριμένα χαρακτηριστικά νοσημάτων, που μπορεί να αποδειχθούν καταλυτικά για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μίας θεραπείας (Κοντοδημόπουλος, 2016; Υφαντόπουλος, 2007). Αυτό το κενό μπορεί να καλυφθεί από τα νοσολογικά εξειδικευμένα εργαλεία μέτρησης, τα οποία ωστόσο δεν αποτελούν το βασικό αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

Τα κυριότερα γενικά ερωτηματολόγια μέτρησης της ΣΥΠΖ αναλύονται παρακάτω και είναι τα εξής:

**Υγειονομική Απεικόνιση του Nottingham (Nottingham Health Profile):** Σύντομο και περιεκτικό ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τις σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας των ατόμων μέσα από έξι επιμέρους χαρακτηριστικά (ύπνος, κοινωνική απομόνωση, σωματική κινητικότητα, συναισθηματική αντίδραση, πόνος και ενεργητικότητα). Επιπλέον, αναλύει επτά διαφορετικές δραστηριότητες που σχετίζονται με τα επίπεδα υγείας των ατόμων: οικιακή φροντίδα, εργασιακή απασχόληση, σεξουαλική ζωή, κοινωνική και οικιακή ζωή, διακοπές και δραστηριότητες. Καθεμία από τις διαστάσεις προς ανάλυση υπολογίζεται με βάση την απόκλισή της από το φυσιολογικό. Οι απαντήσεις περιλαμβάνουν 2 επιλογές, το «ΝΑΙ» και το «ΟΧΙ». Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που εστιάζει στις υποκειμενικές αντιλήψεις των ερωτηθέντων για τη μέτρηση των διαστάσεων που καθορίζουν τα επίπεδα της υγείας τους (Υφαντόπουλος, 2007).

**Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire):** Κυκλοφορεί σε τρεις διαφορετικές εκδόσεις (1<sup>η</sup> έκδοση-28 ερωτήσεις, 2<sup>η</sup> έκδοση-30 ερωτήσεις, 3<sup>η</sup> έκδοση-60 ερωτήσεις). Η πρώτη έκδοση του ερωτηματολογίου αξιολογεί, μέσω των 28 ερωτήσεων, τους συμμετέχοντες σε 4 διαφορετικές διαστάσεις της υγείας: 1) κατάθλιψη, 2) άγχος, 3) κοινωνική λειτουργία, 4) σωματικά συμπτώματα. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που βρίσκει εφαρμογή σε υγιείς πληθυσμούς, καθώς και σε άτομα με διάφορων τύπων νοσηρότητες. Χαρακτηρίζεται από καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, ωστόσο, σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο και τους συνεργάτες του, εστιάζει μόνο στη σωματική και ψυχολογική διάσταση της υγείας, χωρίς να συνυπολογίζει και άλλες διαστάσεις της ΣΥΠΖ (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

**Κλίμακες μέτρησης του πόνου:** Ο πόνος και συγκεκριμένα η μείωση του πόνου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ. Η αντίληψη του πόνου είναι υποκειμενική, καθώς επηρεάζεται από ψυχολογικούς και βιολογικούς



παράγοντες, ενώ παράλληλα διαφέρει ανάμεσα στα πολιτισμικά υπόβαθρα ανά τον κόσμο. Το ερωτηματολόγιο του McGill αποτελεί το πιο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης του πόνου. Περιλαμβάνει 102 ερωτήσεις που χωρίζονται σε 3 κατηγορίες: 1) αίσθηση πόνου, 2) συναισθηματική εκδήλωση του πόνου, 3) ένταση του πόνου (Υφαντόπουλος, 2007).

**Απεικόνιση Επιπτώσεων της Ασθένειας (Sickness Impact Profile):** Αναζητά αλλαγές στη συμπεριφορά των ατόμων, ως απόρροια της ασθένειάς τους. Η μεθοδολογία αυτή αποτελεί το βασικότερο πλεονέκτημα του εργαλείου, καθώς οι συμπεριφορές αποτελούν υπολογίσιμα/διακριτά χαρακτηριστικά, σε αντίθεση με τα συναισθήματα που αναλύονται δυσκολότερα. Οι συμπεριφορές που περιλαμβάνονται στην κλίμακα επηρεάζονται από μία νοσογόνο κατάσταση και είναι ανεξάρτητες από τις ακολουθούμενες θεραπείες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών (Υφαντόπουλος, 2007). Οι 136 ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε 12 κατηγορίες, μελετώντας τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. Παρόλο που είναι ένα εργαλείο με υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα που βρίσκει εφαρμογή σε ένα μεγάλο εύρος ασθενειών, είναι χρονοβόρο και απαιτεί αρκετή προσπάθεια για να συμπληρωθεί (Δημητρόπουλος, Ντάγανου, & Αλεξιάς, 2008).

**Ποιότητα ευημερίας (Quality of well-being):** Η κλίμακα ποιότητας ευημερίας ταξινομεί τους συμμετέχοντες στην έρευνα έχοντας ως βάση τέσσερις διαφορετικές ιδιότητες. Οι ιδιότητες αυτές είναι η κινητικότητα, η κοινωνική και σωματική δραστηριότητα και τα συμπτώματα. Σε περίπτωση πολλαπλών συμπτωμάτων, λαμβάνεται υπόψιν αυτό που θεωρείται το πλέον ανεπιθύμητο από τον ασθενή. Η πρωτότυπη κλίμακα χαρακτηρίζεται ως χρονοβόρα προκειμένου να συμπληρωθεί και ως εκ τούτου αναπτύχθηκε μία συντομότερη εκδοχή της, που είναι πιο βολική ως προς τη χρήση της. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για τη μελέτη των χαρακτηριστικών του γενικού πληθυσμού, όσο και για ειδικές ομάδες, όπως άτομα με HIV (Human Immunodeficiency Virus) και άτομα με αρθρίτιδα (Drummond et al., 2002a; Υφαντόπουλος, 2007).

**Δείκτης Χρησιμότητας Υγείας (Health Utility Index-HUI):** Διακρίνεται σε τρία διαφορετικά συστήματα: Το HUI1, το HUI2 και το HUI3. Και στα τρία συστήματα οι βαθμολογίες καθορίζονται από τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων. Οι κλίμακες βαθμολόγησης εκτείνονται από το 0 έως το 1, σημεία που αντιπροσωπεύουν τον θάνατο και την απόλυτη υγεία αντίστοιχα. Η ανάπτυξη κάθε επόμενου συστήματος βασίζονταν στην

προηγούμενη έκδοσή του, με το HUII να βασίζεται εν μέρει στο εργαλείο «Ποιότητα Ευημερίας». Ενδεικτικά αναφέρεται πως το HUII περιλαμβάνει μετρήσεις για τέσσερις βασικές διαστάσεις οι οποίες είναι οι εξής: 1) Σωματική λειτουργία με δύο επιμέρους διαστάσεις (σωματική δραστηριότητα, κινητικότητα), 2) Λειτουργία ρόλων με δύο επιμέρους διαστάσεις (αυτοεξυπηρέτηση και ικανότητα εκπλήρωσης ρόλων), 3) Κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία με επίσης δύο επιμέρους διαστάσεις (κοινωνική δραστηριότητα και συναισθηματική ευημερία) και 4) Προβλήματα υγείας (Drummond et al., 2002a).

**Κλίμακα SF-36 (Short form 36):** Η κλίμακα SF-36, η οποία χρησιμοποιείται και στην παρούσα εργασία, αποτελεί ένα διαδομένο εργαλείο που σχεδιάστηκε το 1992 προκειμένου να χρησιμοποιείται στον καθορισμό των πολιτικών υγείας, στην κλινική πρακτική, στην έρευνα και στις γενικές πληθυσμιακές μελέτες (Ware Jr & Sherbourne, 1992). Το έργο «International Quality of Life Assessment» έχει ως σκοπό τη μετάφραση και προσαρμογή της κλίμακας SF-36 σε πολλές και διαφορετικές γλώσσες, εκτός της αγγλικής (Aaronson et al., 1992). Η αρχική έκδοση της κλίμακας SF-36 μεταφράστηκε και στην ελληνική γλώσσα. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία της εν λόγω κλίμακας αξιολογήθηκε αρχικά από τον Κοντοδημόπουλο και τους συνεργάτες του το 2004 (Κοντοδημόπουλος, Φραγκούλη, Παππά, & Νιάκας, 2004). Το επόμενο έτος, σε ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού (1,007 από 1,426 άτομα που κατοικούσαν στην ευρύτερη αστική περιοχή της Αθήνας) διεξήχθη ίδιου τύπου έρευνα, που επέδειξε στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα αποτελέσματα της κλίμακας και στη σχέση που εμφάνιζαν με τα διάφορα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005).

Το εργαλείο SF-36 περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις. Οι 35 εξ αυτών περιγράφουν τη ΣΥΠΖ μέσα από οκτώ διαφορετικές διαστάσεις, οι οποίες συνοψίζονται στις κλίμακες σωματικής υγείας (PCS) και ψυχικής υγείας (MCS). Η 36<sup>η</sup> ερώτηση αφορά στην αλλαγή της κατάστασης υγείας των ερωτηθέντων το τελευταίο έτος και δεν περιλαμβάνεται σε καμία εκ των οκτώ προαναφερθέντων διαστάσεων ή στις συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας (Ware Jr, Keller, & Kosinski, 1994).

Οι οκτώ διαστάσεις του εργαλείου SF-36 παρατίθενται παρακάτω (Ware Jr et al., 1994):

1. **Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning):** Αναφέρεται στον περιορισμό κοινών σωματικών καθημερινών δραστηριοτήτων (π.χ. βάδισμα, ανέβασμα σκάλας, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία



συμμετοχή σε διάφορα αθλήματα, σήκωμα αντικειμένων) από το επίπεδο υγείας των ερωτηθέντων. Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις.

2. **Σωματικός Ρόλος (Role Physical):** Αναφέρεται στον περιορισμό (ή μη) κοινών καθημερινών δραστηριοτήτων (π.χ. εργασία) ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας των ερωτηθέντων. Περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις.
3. **Σωματικός Πόνος (Bodily Pain):** Αναφέρεται στα επίπεδα πόνου των ερωτηθέντων και στο κατά πόσον αυτό το γεγονός στάθηκε ως εμπόδιο σε δραστηριότητες εντός και εκτός σπιτιού. Περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις.
4. **Γενική Υγεία (General Health):** Αναφέρεται στη δυνατότητα αντίστασης των ερωτηθέντων ως προς τις ασθένειες, καθώς και στη δυνατότητα διατήρησης της υγείας τους σε ένα πολύ ικανοποιητικό επίπεδο. Περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις.
5. **Ζωτικότητα (Vitality):** Αναφέρεται στο αίσθημα της ζωντανίας, της ενεργητικότητας, της κούρασης και της εξουθένωσης. Περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις, μία για κάθε έναν από τους προαναφερθέντες παράγοντες ζωτικότητας.
6. **Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning):** Αναφέρεται στο κατά πόσον η σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν τις καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητες. Περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις.
7. **Συναισθηματικός Ρόλος (Role Emotional):** Αναφέρεται στο κατά πόσον διάφορα συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν την υλοποίηση κοινών, καθημερινών δραστηριοτήτων. Περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις.
8. **Ψυχική Υγεία (Mental Health):** Αναφέρεται στα επίπεδα ψυχικής υγείας των ερωτηθέντων ως αποτέλεσμα του ελέγχου των συναισθημάτων, της κατάθλιψης και της ευδιάθετης συμπεριφοράς. Περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις.

Οι 36 ερωτήσεις του SF-36 έχουν μόνο μία επιλογή απάντησης ανάμεσα σε δύο έως έξι εναλλακτικές λύσεις. Οι εναλλακτικές λύσεις καταλαμβάνουν διαστήματα που ισαπέχουν μεταξύ τους, καλύπτοντας από το μέγιστο προς το ελάχιστο (ή και το αντίστροφο) όλο το εύρος των δυνατών απαντήσεων (McHorney, Ware, Lu, & Sherbourne, 1994). Ο υπολογισμός των οκτώ αρχικών διαστάσεων της ΣΥΠΖ οδηγεί στον μετέπειτα υπολογισμό των κλιμάκων σωματικής υγείας (PCS) και ψυχικής υγείας (MCS). Ο υπολογισμός των δύο συνοπτικών κλιμάκων περιγράφεται στη δημοσίευση του Farivar και των συνεργατών του (Farivar, Cunningham, & Hays, 2007), καθώς και σε αυτήν του Ware και των συνεργατών του (Ware Jr et al., 1994).

Ο ερευνητικός οργανισμός RAND δημοσίευσε έναν πιο απλό τρόπο υπολογισμού των οκτώ αρχικών διαστάσεων του SF-36 (RAND, n.d.). Σε αυτό το μοντέλο υπολογισμού, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αποκτούν μία βαρύτητα, η οποία είναι μερικώς τροποποιημένη σε σχέση με αυτή του αρχικού σχεδιασμού της εν λόγω κλίμακας. Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε το αρχικό μοντέλο υπολογισμού των οκτώ βασικών διαστάσεων του SF-36, δηλαδή αυτό του Ware και των συνεργατών του (Ware, Snoww, Kosinski, & Gandek, 1993).

**Κλίμακα SF-12 (Short form 12):** Η κλίμακα SF-12 αποτελεί μία συντομότερη ως προς τη συμπλήρωση και εναλλακτική λύση αντί της κλίμακας SF-36. Στην κλίμακα SF-12 τέσσερις εκ των οκτώ βασικών διαστάσεων (πρόκειται για τις ίδιες διαστάσεις που περιγράφηκαν και στην κλίμακα SF-36) περιλαμβάνουν από δύο ερωτήσεις, με τις υπόλοιπες τέσσερις να αντιπροσωπεύονται στην κλίμακα με μία μόνο ερώτηση. Από δύο ερωτήσεις περιλαμβάνουν οι εξής διαστάσεις: 1) Σωματική λειτουργικότητα, 2) Σωματικός ρόλος, 3) Συναισθηματικός ρόλος και 4) Ψυχική υγεία. Οι υπόλοιπες τέσσερις διαστάσεις της SF-12 περιλαμβάνουν μία ερώτηση και είναι οι εξής: 1) Γενική υγεία, 2) Σωματικός πόνος, 3) Κοινωνική λειτουργικότητα και 4) Ζωτικότητα (Ware Jr, Kosinski, & Keller, 1996). Οι δύο συνοπτικές κλίμακες του εργαλείου SF-12 είναι επίσης ίδιες με αυτές του SF-36 και υπολογίζονται κατόπιν συνεισφοράς, με διαφορετικές σταθμίσεις κάθε φορά, των οκτώ βασικών διαστάσεων που ήδη αναφέρθηκαν (Ware Jr, Kosinski, & Keller, 1995). Η εγκυρότητα της ελληνικής έκδοσης του SF-12 ελέγχθηκε από τον Κοντοδημόπουλο και τους συνεργάτες του, κατόπιν μελέτης με 1,005 συμμετέχοντες από το σύνολο της ελληνικής επικράτειας (Kontodimopoulos, Pappa, Niakas, & Tountas, 2007).

**EuroQol (EQ-5D):** Το σύστημα EQ-5D αναπτύχθηκε από μία ομάδα ερευνητών της Δυτικής Ευρώπης. Αρχικά περιλάμβανε έξι βασικές ιδιότητες, οι οποίες ήταν οι εξής: 1) Κινητικότητα, 2) Βασική δραστηριότητα, 3) Αυτοεξυπηρέτηση, 4) Κοινωνικές σχέσεις, 5) Διάθεση και 6) Πόνος (EuroQol\_Group, 1990). Κατόπιν αναθεώρησης του συστήματος, οι βασικές του ιδιότητες έγιναν από έξι, πέντε. Αυτές ήταν οι εξής: 1) Κινητικότητα, 2) Συνήθη δραστηριότητα, 3) Αυτοεξυπηρέτηση, 4) Κατάθλιψη και άγχος και 5) Πόνος και αδιαθεσία. Η κάθε ιδιότητα μπορεί να λάβει μία εκ των τριών προκαθορισμένων απαντήσεων, οι οποίες είναι οι εξής: 1) Κανένα πρόβλημα, 2) Μερικά προβλήματα, 3) Μείζονα προβλήματα. Το σύνολο των καταστάσεων, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηρίσουν τη ΣΥΠΖ των ερωτηθέντων, ισούται με  $3^5$ , δηλαδή με 243. Σε αυτόν τον αριθμό καταστάσεων προστίθεται

η αφασία και ο θάνατος, με αποτέλεσμα το σύστημα EQ-5D να απαριθμεί 245 καταστάσεις (Brooks, 1996; Drummond et al., 2002a). Όπως και το εργαλείο SF-36, έχει μεταφραστεί σε έναν μεγάλο αριθμό γλωσσών, αποτελώντας μία εγκυρότατη κλίμακα μέτρησης της ΣΥΠΖ (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Για την ελληνική γλώσσα, η μετάφρασή του και η μέτρηση της αξιοπιστίας του και της εγκυρότητάς του πραγματοποιήθηκε από τον Υφαντόπουλο, μέσω μίας έρευνας πεδίου με 487 συμμετέχοντες από όλη την Ελλάδα (Yfantopoulos, 2001).

**EuroQol (EQ-15D):** Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει παρόμοιο σχεδιασμό με το EuroQol-5D, διαφέροντας, όπως μαρτυρά και η ονομασία του, στις διαστάσεις που λαμβάνονται υπόψιν για να μετρηθεί η ΣΥΠΖ. Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο και τους συνεργάτες του, στο εν λόγω εργαλείο περιλαμβάνονται δεκαπέντε διαστάσεις, οι οποίες είναι οι εξής: 1) Όραση, 2) Ακοή, 3) Ύπνος, 4) Κινητικότητα, 5) Αναπνοή, 6) Αφόδευση, 7) Φαγητό, 8) Καθημερινές δραστηριότητες, 9) Ομιλία, 10) Νοητικές λειτουργίες, 11) Σεξουαλική δραστηριότητα, 12) Ζωτικότητα, 13) Εξάντληση, 14) Κατάθλιψη, 15) Συμπτώματα/Δυσφορία (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

**Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Performance Index):** Ο συγκεκριμένος δείκτης, στην προσπάθεια μέτρησης της ΣΥΠΖ, περιγράφει κατά βάση τη διάσταση «σωματική λειτουργία», χωρίς να υπάρχει μέριμνα για τον υπολογισμό άλλων ψυχοκοινωνικών δεδομένων. Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν δέκα επίπεδα σωματικής λειτουργίας, ιεραρχικά διαχωρισμένα μεταξύ τους, που έχουν ως κατώτατο επίπεδο το 0% (Θάνατος) και ως ανώτερο επίπεδο το 100% (Πλήρης σωματική λειτουργία χωρίς ασθένειες και περιορισμούς). Παρόλο που χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία, λόγω ελλείψεων στο σχεδιασμό του, θεωρείται πως δεν παρέχει μία ολοκληρωμένη εκτίμηση της ΣΥΠΖ (Grieco & Long, 1984; Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

**Δείκτης Λειτουργικότητας Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO Performance Status):** Το συγκεκριμένο εργαλείο είναι παρόμοιας λογικής με αυτό του Karnofski, με τη διαφορά ότι η κλίμακα μέτρησης της σωματικής λειτουργίας περιλαμβάνει πέντε επίπεδα (0 έως 4) και όχι δέκα. Όπως και στον δείκτη Karnofski, στην προσπάθεια μέτρησης της ΣΥΠΖ, δεν λαμβάνονται υπόψιν δεδομένα ψυχοκοινωνικής φύσεως (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).



Τα νοσολογικά εργαλεία μέτρησης εξειδικεύονται σε ασθενείς με συγκεκριμένες παθήσεις, όπως αυτές του αναπνευστικού και του νευρικού συστήματος, της καρδιάς, αλλά και διαφόρων τύπων κακοήθειες ή άλλες διαταραχές (νόσος Alzheimer, διαβήτης, αρθρίτιδα, ψυχιατρικές διαταραχές). Οι κυριότερες διαστάσεις που αποτυπώνονται στα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια, προκειμένου να μετρηθεί η ΣΥΠΖ, αναφέρονται στο αίσθημα του πόνου, στη ναυτία, στη σεξουαλική/συναισθηματική λειτουργικότητα, στο άγχος και στην κατάθλιψη. Αυτού του τύπου τα εργαλεία ανιχνεύουν τις αλλαγές στα επίπεδα της ΣΥΠΖ των ασθενών, συγκεκριμένων κάθε φορά παθήσεων, χωρίς ωστόσο να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πιο γενικευμένες μελέτες (μελέτες που περιλαμβάνουν υγιή άτομα και άτομα με διαφορετικού τύπου παθήσεις). Όπως και τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ, έχουν μεταφραστεί και ελεγχθεί για την εγκυρότητά τους σε πολλές γλώσσες, μεταξύ αυτών και τα ελληνικά (Κοντοδημόπουλος, 2016; Υφαντόπουλος, 2007).



### **3. Ικανοποίηση από τη Ζωή**

Η ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί, σύμφωνα με τον Diener, έναν εκ των τριών παραγόντων που διαμορφώνουν την υποκειμενική ευημερία. Οι άλλοι δύο παράγοντες είναι το θετικό συναίσθημα και το αρνητικό συναίσθημα (Diener, 2009). Στο πλαίσιο κατανόησης του όρου «ικανοποίηση από τη ζωή», θα αναλυθούν αρχικά οι όροι «υποκειμενική ευημερία», «ευτυχία», «θετικό συναίσθημα» και «αρνητικό συναίσθημα». Στη συνέχεια θα αναλυθεί ο όρος «ικανοποίηση από τη ζωή». Τέλος, θα γίνει μία εκτενής αναφορά στα διαθέσιμα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή και στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή (KIZ) του Diener (Diener et al., 1985). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί άλλωστε βασικό μεθοδολογικό εργαλείο της παρούσας εργασίας.

#### **3.1 Η Υποκειμενική Ευημερία και τα συστατικά της**

Ο όρος «υποκειμενική ευημερία» περιγράφει πως τα άτομα του πληθυσμού βιώνουν και αξιολογούν συγκεκριμένους τομείς και δραστηριότητες της ζωής τους. Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον από πλήθος επιστημονικών κλάδων, αλλά και πολιτικών για την περαιτέρω μελέτη του συγκεκριμένου όρου. Η συνεισφορά της υποκειμενικής ευημερίας στη μελέτη διαφόρων τομέων της κοινωνικής πολιτικής, όπως η υγεία, την αναδεικνύει περισσότερο και την καθιστά ιδιαίτερα σημαντική για τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων (National\_Research\_Council, 2013).

Ο Diener, προκειμένου να αναλύσει τα επιμέρους συστατικά του όρου «υποκειμενική ευημερία», κατέταξε τον εν λόγω ορισμό καθώς και αυτόν της ευτυχίας σε τρεις διαφορετικές ομάδες (Diener, 2009).

Η πρώτη κατηγορία ορισμών αναφέρεται στην ευημερία με βάση ένα σύνολο εξωτερικών κριτηρίων, όπως αυτό της αρετής. Σε αυτήν την κατηγορία ορισμών, η ευημερία δεν καθορίζεται προσωπικά, αλλά εκλαμβάνεται ως κάτι το επιθυμητό, με βάση προϋπάρχουσες αξίες. Οι συγκεκριμένοι ορισμοί σχετίζονται με τον όρο «Αριστοτελική ευδαιμονία». Συνεπώς, ένα σύνολο αντικειμενικών κριτηρίων θα πρέπει να αποτελέσει τη βάση στην



οποία οι άνθρωποι θα αξιολογηθούν και εφόσον επιτύχουν θα μπορέσουν να θεωρηθούν ευτυχισμένοι (Diener, 2009). Είναι προφανές πως η συγκεκριμένη κατηγορία ορισμών πραγματεύεται τον όρο «αντικειμενική ευημερία». Τέλος, εμμέσως αποδίδεται και ένας ορισμός στην ευτυχία, παρόμοιος με αυτόν του Tatarkiewicz το 1976, ως η επιτυχία που καθορίζεται από συγκεκριμένες προδιαγραφές και κριτήρια (Tatarkiewicz, 1976).

Η δεύτερη κατηγορία ορισμών περιγράφει την υποκειμενική ευημερία και τα κριτήρια που το κάθε άτομο θεωρεί ως σημαντικά, προκειμένου να αξιολογήσει τη ζωή του με θετικό τρόπο. Οι ορισμοί αυτοί ταυτίζουν ουσιαστικά την υποκειμενική ευημερία με τον όρο «ικανοποίηση από τη ζωή», απαντώντας στο ερώτημα «Τι είναι καλή ζωή;» (Diener, 2009). Αυτή η κατηγορία ορισμών δίνει ένα άλλο νόημα στην ευτυχία, συνδέοντάς την αυτή τη φορά με υποκειμενικά κριτήρια και όχι με αντικειμενικές νόρμες. Οι Shin και Johnson το 1978 προσδιόρισαν την ευτυχία ως «Μία ολοκληρωτική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων, με βάση όμως ατομικά και όχι αντικειμενικά προσδιορισμένα κριτήρια» (Shin & Johnson, 1978). Τέλος, ο Mark Chekola το 1974 προσδιόρισε την ευτυχία ως την αρμονική ικανοποίηση των επιθυμιών και των ατομικών στόχων, με βάση ίδια κριτήρια (Chekola, 1974).

Η τρίτη και τελευταία κατηγορία ορισμών αναφέρεται ευθέως στην ευτυχία και στην ταύτισή της με την υποκειμενική ευημερία. Σε αυτήν την κατηγορία ορισμών, η ευτυχία και η υποκειμενική ευημερία υποδηλώνουν την υπεροχή του θετικού συναισθήματος έναντι του αρνητικού συναισθήματος (Bradburn, 1976). Ο Diener ερμηνεύει αυτή την κατηγορία ορισμών είτε ως υπεροχή των θετικών αισθημάτων σε σχέση με τα αντίστοιχα αρνητικά στη διάρκεια μίας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου, είτε ως μία προκαθορισμένη θέση των ατόμων για θετικά αισθήματα, ανεξαρτήτως των εμπειριών που βιώνουν επί του παρόντος (Diener, 2009).

Συμπερασματικά, ο όρος «υποκειμενικής ευημερία» περιγράφεται μέσα από τις τρεις βασικές ιδέες. Η πρώτη ιδέα περιλαμβάνει την υποκειμενικότητα του όρου, που είναι συνυφασμένη με τις εμπειρίες σε ατομικό επίπεδο (Campbell, 1976). Διάφορα, άλλα αντικειμενικά κριτήρια, όπως ήδη περιεγράφηκαν παραπάνω, παρόλο που δυνητικά επηρεάζουν την υποκειμενική ευημερία, θα πρέπει να αναφέρονται ξεχωριστά, προκειμένου να μην συγχέονται με την εννοιολογική σημασία του όρου (Kammann, 1983). Η δεύτερη ιδέα περιλαμβάνει τη θετική συσχέτιση της υποκειμενικής ευημερίας με τους δείκτες θετικών



αισθημάτων. Τέλος, η τρίτη ιδέα περιλαμβάνει ένα γενικότερο πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται η έννοια της υποκειμενικής ευημερίας. Περιλαμβάνει δεδομένα και μετρήσεις όλων των πτυχών της ζωής ενός ατόμου. Αυτές οι μετρήσεις μπορούν να καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τον Diener, χρονικές περιόδους από μερικές ημέρες ή εβδομάδες, μέχρι και όλο το διάστημα της ζωής των ατόμων (Diener, 2009).

Στην παρούσα ενότητα έγινε μία προσπάθεια εμπειριστατωμένης ανάλυσης του όρου «υποκειμενική ευημερία» και των συστατικών που τον καθορίζουν. Η συσχέτιση του εν λόγω όρου με αυτούς της «ευτυχίας», του «θετικού συναισθήματος» και της «ικανοποίησης από τη ζωή» αποτελεί γεγονός, με τις διαφορές τους να μην είναι πλήρως διακριτές. Αυτό άλλωστε φαίνεται και κατόπιν σχετικών αναζητήσεων στη βιβλιογραφία, όπου οι παραπάνω όροι συγχέονται αρκετά συχνά. Στην επόμενη ενότητα θα αναλυθεί λεπτομερώς η έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή, που αποτελεί και αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

### **3.2 Έννοια της Ικανοποίησης από τη Ζωή**

Η έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή έχει προσδιοριστεί και εξηγηθεί ποικιλοτρόπως στη διάρκεια των ετών. Το 1961, η Neugarten και οι συνεργάτες της όρισαν την ικανοποίηση από τη ζωή ως έναν λειτουργικό προσδιορισμό μίας επιτυχημένης διαδικασίας γήρανσης (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961). Ο Sumner το 1966 προσδιόρισε την ικανοποίηση από τη ζωή ως μία θετική αξιολόγηση των συνθηκών της ζωής των ατόμων, η οποία ανταποκρίνεται ικανοποιητικά σε κάποια δεδομένα κριτήρια ή προσδοκίες (Prasoon & Chaturvedi, 2016). Ο Andrews το 1974 δήλωσε πως η ικανοποίηση από τη ζωή συμβολίζει ένα βασικό κριτήριο ή ένα ιδανικό αποτέλεσμα της ανθρώπινης εμπειρίας από τη ζωή (Andrews, 1974). Ο Diener και οι συνεργάτες του, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, παρομοίασαν την ικανοποίηση από τη ζωή σαν μία καθολική αξιολόγηση των ατομικών συναισθημάτων και συμπεριφορών στη ζωή, που μέσα στο χρόνο κυμαίνεται από το θετικό στο αρνητικό και αντίστροφα. Είναι μία από τις τρεις συνιστώσες της υποκειμενικής ευημερίας και μπορεί επίσης να χαρακτηριστεί, σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, ως η ατομική διαδικασία της κρίσης ως προς τα ισχύοντα δεδομένα των συνθηκών διαβίωσης, σε σχέση με αυτά που θεωρούνται πρότυπα (Diener et al., 1985). Ο Veenhoven και οι



συνεργάτες του αναφέρθηκαν στην ικανοποίηση από τη ζωή με τον εξής προσδιορισμό: «Ικανοποίηση από τη ζωή είναι ο βαθμός με τον οποίο το κάθε άτομο αξιολογεί θετικά την ποιότητα της ζωής του συνολικά» (Veenhoven, Saris, Scherpenzeel, & Bunting, 1996). Τέλος, σε δημοσίευση του 1999 στην έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή προστίθενται τα εξής: «Η ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί εκτός των άλλων και μία ατομική επιθυμία αλλαγής. Επιπρόσθετα φαίνεται πως έχει παρελθόν και μέλλον. Μαζί με άλλες συνιστώσες της σωματικής και ψυχικής υγείας αποτελούν ένα εμφανές μέτρο της ποιότητας ζωής» (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Prasoos & Chaturvedi, 2016).

Συνοψίζοντας την ενότητα ανάλυσης της ικανοποίησης από τη ζωή, ο συγκεκριμένος όρος λαμβάνει υψηλότερα επίπεδα μέτρησης, όταν οι ατομικές επιθυμίες ταυτίζονται επαρκώς με τα κατορθώματα που εν τέλει επιτεύχθηκαν (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Πρόκειται ουσιαστικά για μία τοποθέτηση που έρχεται σε συμφωνία με ό,τι ειπώθηκε στην ενότητα 3.1, περί ταύτισης της ικανοποίησης από τη ζωή με την υποκειμενική ευημερία. Μία διαφορετική προσέγγιση ταυτίζει την ικανοποίηση από τη ζωή με τη διαδικασία της επικράτησης των θετικών συναισθημάτων σε σχέση με τα αρνητικά. Η εν λόγω παραδοχή έρχεται σε αντίθεση με τα δεδομένα της ενότητας 3.1, όπου τη θέση του όρου «ικανοποίηση από τη ζωή» κάτω από τις συγκεκριμένες συνθήκες (επικράτηση των θετικών έναντι των αρνητικών συναισθημάτων) καταλάμβαναν οι έννοιες της ευτυχίας και της υποκειμενικής ευημερίας. Περιγράφεται ουσιαστικά μία διαφορετική ανάλυση των συστατικών της υποκειμενικής ευημερίας, όπου η ικανοποίηση από τη ζωή δεν διαχωρίζεται, αλλά αντιθέτως απορρέει μέσα από την κυριαρχία των δεικτών θετικών συναισθημάτων έναντι αυτών με αρνητικό αντίκτυπο (Frisch, 2005).

### **3.2.1 Εργαλεία μέτρησης της Ικανοποίησης από τη Ζωή**

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, η υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής και η μέτρηση της ΣΥΠΖ αποτελούν σημαντικές παραμέτρους για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση της κοινωνικής πολιτικής μίας χώρας, που περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις, μία εκ των οποίων είναι η υγειονομική πολιτική. Στο πλαίσιο αυτό και στην προσπάθεια καλύτερης κατανόησης των ζητημάτων υγείας, η μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή μπορεί να αποτελέσει έναν επιπρόσθετο, σημαντικό σχετικό δείκτη (Oishi & Diener, 2014). Στις προσπάθειες μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή,

εκτός από την κλίμακα του Diener (θα αναλυθεί στην υποενότητα 3.2.1.1) που αποτελεί την πιο διαδεδομένη κλίμακα, αναπτύχθηκε και ένας επιπλέον αριθμός εργαλείων που εξυπηρετούσε επίσης τον ίδιο σκοπό.

Η κλίμακα προσωρινής ικανοποίησης από τη ζωή έχει δομηθεί πάνω στην πρωτότυπη κλίμακα του Diener, περιλαμβάνοντας ακριβώς τις ίδιες μετρήσεις σε τρεις διαφορετικές χρονικές περιόδους. Οι σχεδιαστές της συγκεκριμένης κλίμακας, ένας εκ των οποίων είναι και ο Diener, τροποποίησαν απλώς τις ερωτήσεις προς απάντηση, προκειμένου να ξεχωρίζουν τις παρελθοντικές, από τις τωρινές και μελλοντικές καταστάσεις. Η κλίμακα προσωρινής ικανοποίησης από τη ζωή περιλαμβάνει συνεπώς δεκαπέντε, αντί πέντε ερωτήσεων με συνολικές βαθμολογίες που κυμαίνονται από τον αριθμό «15» έως τον αριθμό «105». Τα αποτελέσματα της παραπάνω κλίμακας εμφάνιζαν υψηλή συσχέτιση με αυτά της πρωτότυπης κλίμακας του Diener (Pavot, Diener, & Suh, 1998).

Το 2019 ο Margolis και οι συνεργάτες του σχεδίασαν μία κλίμακα έξι σημείων/ερωτήσεων, στην προσπάθεια υπολογισμού της ικανοποίησης από τη ζωή μέσα από ένα μεγαλύτερο εύρος σχετικών παραγόντων. Η συγκεκριμένη κλίμακα εμφανίζει υψηλή συσχέτιση στα αποτελέσματά της, ως προς αυτά της κλίμακας του Diener. Επιπλέον, παρόλο που εξετάζει περισσότερες πτυχές της ικανοποίησης από τη ζωή (π.χ. επιθυμία για αλλαγές στη ζωή των ατόμων), φαίνεται πως δεν εμφανίζει μικρότερα επίπεδα εσωτερικής συνοχής. Ως εκ τούτου, οι συγγραφείς της κλίμακας αυτής θεωρούν πως πρόκειται για μία εξίσου αποτελεσματική μέθοδο μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή, που θα πρέπει πλέον να λαμβάνεται υπόψη στις σχετικές ερευνητικές εργασίες (Margolis, Schwitzgebel, Ozer, & Lyubomirsky, 2019).

Σε ανασκόπηση του 2000, περιγράφονται πέντε διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης από τη ζωή με εφαρμογή σε εφήβους. Ένα εξ αυτών αποτέλεσε και η κλίμακα μέτρησης του Diener. Παρόλο που η θεματολογία αυτή δε σχετίζεται με την παρούσα μελέτη, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μπορεί να λειτουργήσει προβλεπτικά έναντι επικίνδυνων εφηβικών συμπεριφορών, όπως η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η νεανική βία (Gilman & Huebner, 2000).

Στην επόμενη υποενότητα ακολουθεί η ανάλυση της κλίμακας του Diener, που αποτελεί την πλέον διαδεδομένη, κατά γενική ομολογία, KIZ.



### 3.2.1.1 Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή του Diener

Η ΚΙΖ του Diener είναι μία ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της υποκειμενικής ευημερίας του πληθυσμού. Ορίζεται ως η αξιολόγηση του κάθε ατόμου ξεχωριστά για τα επίπεδα ικανοποίησής του από τη ζωή σε ένα γενικευμένο πλαίσιο και έχει αναφερθεί ως μία γνωστική διαδικασία (Pavot & Diener, 2008). Ο Diener με τους συνεργάτες του, το έτος 1985, ανέπτυξαν την εν λόγω κλίμακα. Η ΚΙΖ του Diener περιλαμβάνει πέντε στοιχεία/τοποθετήσεις, στα οποία οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στο εάν συμφωνούν ή διαφωνούν, μέσα από μία κλίμακα επτά σημείων. Τα στοιχεία αυτά παρατίθενται παρακάτω και είναι τα εξής (Diener et al., 1985):

1. Από τις περισσότερες απόψεις, η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου.
2. Οι συνθήκες της ζωής μου είναι εξαιρετικές.
3. Είμαι ικανοποιημένος/-η με τη ζωή μου.
4. Μέχρι στιγμής έχω αποκτήσει τα πιο σημαντικά πράγματα που θέλω στη ζωή.
5. Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα τίποτα.

Η κλίμακα με βάση την οποία καλούνται οι ερωτώμενοι να διαφωνήσουν ή να συμφωνήσουν με καθένα από τα παραπάνω στοιχεία περιλαμβάνει τα εξής επτά σημεία: 1) Διαφωνώ πολύ, 2) Διαφωνώ, 3) Διαφωνώ λίγο, 4) Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 5) Συμφωνώ λίγο, 6) Συμφωνώ, 7) Συμφωνώ πολύ (Diener et al., 1985).

Η ΚΙΖ του Diener λαμβάνει βαθμολογίες από το 5 έως το 35. Η βαθμολογία με τον αριθμό «5» υποδηλώνει πως ο ερωτώμενος διαφώνησε πολύ και με τις πέντε τοποθετήσεις της κλίμακας. Αντίστοιχα, η βαθμολογία με τον αριθμό «35» υποδηλώνει πως ο ερωτώμενος συμφώνησε πολύ και με τις πέντε τοποθετήσεις της κλίμακας (Diener et al., 1985). Οι βαθμολογίες που κυμαίνονται από 31–35 αντιστοιχούν σε ερωτώμενους με πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, που νιώθουν ότι η ζωή τους εξελίσσεται πολύ καλά. Οι βαθμολογίες που κυμαίνονται από 26–30 και από 21–25 προκύπτουν από απαντήσεις ερωτώμενων, οι οποίοι είναι αντιστοίχως ικανοποιημένοι ή μερικώς ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Η βαθμολογία με τον αριθμό «20» αντιστοιχεί στο ουδέτερο σημείο της κλίμακας. Οι βαθμολογίες από το 15–19 και από το 10–15 αντιστοιχούν σε ερωτώμενους, οι οποίοι είναι μερικώς απογοητευμένοι και απογοητευμένοι από τη ζωή τους. Τέλος, οι βαθμολογίες 5–9



Θωμάς Πλάκας, *Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση από τη ζωή των προσφύγων και αιτούντων άσυλο της Δομής Φιλοξενίας Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης* εντοπίζονται στο χαμηλότερο άκρο της κλίμακας, εκφράζοντας τα πλέον απογοητευμένα άτομα σε σχέση με τη ζωή τους (Pavot & Diener, 2008).

Η ΚΙΖ του Diener, όπως άλλωστε αναφέρεται και στη βιβλιογραφία, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη μελέτη διαφόρων πολιτισμικών υποβάθρων, με συμμετέχοντες πολλών κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και ιδιαιτεροτήτων (Emerson, Guhn, & Gadermann, 2017; Zanon, Bardagi, Layous, & Hutz, 2014). Συνεπώς, η εφαρμογή της στη παρούσα μελέτη αναμένεται να εξάγει εξίσου σημαντικά αποτελέσματα.

## 4. Βασικές έννοιες των προσφυγικών και μεταναστευτικών ζητημάτων

Σύμφωνα με τη σύμβαση της Γενεύης το 1951, ως πρόσφυγας ορίζεται ένα άτομο που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του και του τόπου κατοικίας του, λόγω αιτιολογημένης ανησυχίας για εκδίωξη, ως αποτέλεσμα πολιτικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων, διαφορετικής εθνικότητας και συμμετοχής σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες. Εξαιτίας του παραπάνω φόβου, το εν λόγω άτομο δεν επιθυμεί ή δεν μπορεί να επιστρέψει στη χώρα προέλευσής του και συνεπώς δεν βρίσκεται υπό την προστασία της (UNHCR, 1951a).

Η σύμβαση της Γενεύης, σύμφωνα με τα πρακτικά της UNHCR, αποτέλεσε το πρώτο σημαντικό εγχειρίδιο για τους ευρωπαίους πρόσφυγες μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Το σχετικό πρωτόκολλο του 1967, κατόπιν τροποποιήσεων σε γεωγραφικούς και χρονικούς περιορισμούς της αρχικής σύμβασης, επέκτεινε τα πεδία δράσης της UNHCR στην Αφρική, στη Λατινική Αμερική και γενικά σε όλο τον κόσμο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ευκολότερα τα ζητήματα των μετακινούμενων πληθυσμών που, στην πορεία των χρόνων, ήταν σαφώς περισσότεροι. Η αρχική σύμβαση της Γενεύης και το πρωτόκολλο που τη συνοδεύει έχει υπογραφεί πλήρως ή μερικώς από 145 κράτη-μέλη, τα οποία αναγνωρίζουν τις υποχρεώσεις τους ως προς τους προσφυγικούς πληθυσμούς, κατανοώντας τα δικαιώματά τους και τις προτεινόμενες λύσεις που αφορούν στην πορεία της ζωής τους από εκείνο το χρονικό σημείο κι έπειτα. Οι λύσεις αυτές περιλαμβάνουν είτε τη μετεγκατάσταση των προσφύγων σε μία τρίτη επιθυμητή χώρα, είτε την ενσωμάτωσή τους στη χώρα υποδοχής τους, είτε τέλος τον εθελοντικό επαναπατρισμό τους στη χώρα προέλευσής τους (UNHCR, 1951b).

Στα τέλη του 2018, σε παγκόσμιο επίπεδο, τα άτομα που χαρακτηρίζονταν ως πρόσφυγες ήταν 25,9 εκατομμύρια. Κατά βάση οι πρόσφυγες αναζητούν βοήθεια και ασφαλέστερες συνθήκες διαβίωσης σε άλλες χώρες, διότι οι κυβερνήσεις των χωρών στις οποίες διαβιούν δεν παρέχουν τα απαραίτητα εχέγγυα και προστασία που απαιτούνται για την ομαλή και αξιοπρεπή διαβίωσή τους. Η έννοια «πρόσφυγας» είναι συνυφασμένη με τον αυξημένο κίνδυνο των πληθυσμών που λαμβάνουν αυτόν τον χαρακτηρισμό, να επιβιώσουν στις χώρες προέλευσής τους, εφόσον χρειαστεί να επαναπατριστούν, ως απόρροια της απόρριψης του

αιτήματός τους για άσυλο στις χώρες υποδοχής. Οι χώρες υποδοχείς καλούνται να παρέχουν προστασία στους πρόσφυγες που καταφθάνουν στα εδάφη τους. Η UNHCR, οι Διεθνείς Οργανισμοί και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) συνεργάζονται στενά με τις κυβερνήσεις των κρατών-υποδοχής, προκειμένου να εξασφαλιστούν πρωτίστως από τα τελευταία (κράτη-υποδοχής) τα δικαιώματα των προσφύγων (μεταξύ αυτών και η προστασία τους) και η πρόσβασή τους σε αποτελεσματικές, διαφανείς και δίκαιες υπηρεσίες ασύλου (UNHCR, 2016).

Ο όρος «πρόσφυγας» συγχέεται συχνά με τον όρο «μετανάστης». Οι μετανάστες μετακινούνται από μία χώρα σε μία άλλη, διότι αναζητούν μία καλύτερη ποιότητα ζωής, καλύτερες οικονομικές συνθήκες διαβίωσης, ή για λόγους οικογενειακούς (επανάωση με συγγενείς στο εξωτερικό), εργασιακούς ή εκπαιδευτικούς. Μία ενδεχόμενη επιστροφή στη χώρα καταγωγής τους δεν επηρεάζει την ακεραιότητα της ζωής τους και την προστασία τους, κάτι το οποίο ισχύει για τους πρόσφυγες (UNHCR, 2016).

Ο όρος «αιτών άσυλο» συνοδεύει τα άτομα που έχουν εγκαταλείψει τις χώρες καταγωγής τους και εισέρχονται σε μία νέα χώρα υποδοχής, αναζητώντας προστασία και αναγνώριση της ιδιότητάς τους ως πρόσφυγες. Οι αιτούντες άσυλο αναμένουν την εξέταση του αιτήματός τους από τα αρμόδια κυβερνητικά όργανα της κάθε χώρας υποδοχής, προκειμένου είτε να λάβουν τον χαρακτηρισμό «πρόσφυγας», είτε να μην γίνει δεκτό το αίτημά τους και να χαρακτηριστούν ως μετανάστες (Διεθνής\_Αμνηστία, 2019).

Οι εκάστοτε κυβερνήσεις και ειδικότερα οι αρμόδιοι φορείς για τις εξετάσεις των αιτημάτων ασύλου καλούνται να διακρίνουν τους αιτούντες άσυλο με βάση τα κριτήρια προστασίας που τους συνόδευαν στις χώρες προέλευσής τους και να αποφανθούν για τα αιτήματά τους. Οι πρόσφυγες δεν πρέπει να ταυτίζονται με τους μετανάστες, χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε υπόνοια για την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των τελευταίων. Ωστόσο, ο χαρακτηρισμός «πρόσφυγας» και ο θεσμός του ασύλου δεν πρέπει να υπονομευτεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια περιόδων μεγάλης συγκέντρωσης μετακινούμενων πληθυσμών σε εδάφη άλλων χωρών, όπως αυτές των τελευταίων ετών στην Ευρώπη και συγκεκριμένα στην Ελλάδα και στην Ιταλία (UNHCR, 2016).

Εστιάζοντας στις ελληνικές διαδικασίες παροχής ασύλου και διεθνούς προστασίας, το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου αναφέρει τα εξής (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021d):



- Οι αιτούντες άσυλο και διεθνή προστασία έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες, όντας υπήκοοι τρίτων χωρών ή ανιθαγενείς. Κατόπιν της αίτησης ασύλου, ορίζεται σχετική ημερομηνία συνέντευξης και δίνεται στους ενδιαφερόμενους δελτίο αιτούντος διεθνή προστασία/άσυλο με διάρκεια έως ένα έτος. Μέσα σε αυτό το διάστημα, οι αιτούντες άσυλο απολαμβάνουν μία σειρά από δικαιώματα, ένα εκ των οποίων είναι η δωρεάν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω του Προσωρινού Αριθμού Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.). Οι χειριστές των αιτήσεων ασύλου συνεκτιμώντας τα στοιχεία των αιτήσεων, τις προσωπικές συνεντεύξεις των ενδιαφερόμενων και τα δικαιολογητικά που έχουν προσκομίσει, αποφασίζουν για την πορεία αυτών, αποδίδοντας στους ενδιαφερόμενους μία εκ των τριών παρακάτω ιδιοτήτων/καθεστώτων.
- Καθεστώς απορριπτικής απόφασης: Άτομα υπό αυτό το καθεστώς δε λαμβάνουν πλέον την υλική υποστήριξη και την προστασία των αιτούντων άσυλο και των αναγνωρισμένων προσφύγων και συνεπώς πρέπει να αποχωρήσουν από την Ελλάδα. Σε περίπτωση παραμονής τους στη χώρα κινδυνεύουν από άμεση σύλληψη και κράτηση σε Προαναχωρησιακά Κέντρα Κράτησης (ΠΡΟ.ΚΕ.ΚΑ.) για διάστημα 18 μηνών το ανώτερο. Στα άτομα με καθεστώς απορριπτικής απόφασης δίνεται η δυνατότητα εθελούσιας επιστροφής στη χώρα καταγωγής τους, μέσω του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (ΙΟΜ) καθώς και το δικαίωμα πρόσβασης στην Ανεξάρτητη Επιτροπή Προσφυγών. Εκεί μπορούν να επανεξεταστούν τα αιτήματα που απορρίφθηκαν κι εφόσον προκύψουν νέα σημαντικά στοιχεία, να τροποποιηθούν οι αρχικές αποφάσεις επίδοσης (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021a, 2021b).
- Καθεστώς πρόσφυγα: Οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες παραλαμβάνουν τριετή άδεια διαμονής και υποχρεούνται να ενταχθούν σε προγράμματα κοινωνικής ένταξης και ενσωμάτωσης, έχοντας παράλληλα και τη δυνατότητα απόκτησης της ελληνικής ιθαγένειας. Έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες και στην ιατρική περίθαλψη, μέσω μετατροπής του ΠΑΑΥΠΑ σε ΑΜΚΑ. Οι παροχές του κοινωνικού κράτους είναι ίδιες με αυτές των Ελλήνων πολιτών. Οι αναγνωρισμένοι πρόσφυγες έχουν δικαίωμα έκδοσης ταξιδιωτικών εγγράφων σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για διάστημα 3 μηνών, κατόπιν διενέργειας σχετικών γραφειοκρατικών διαδικασιών, καθώς και δυνατότητα για αίτηση προς επανένωση με άλλα μέλη της οικογένειάς τους στο εξωτερικό. Μετά το πέρας της τριετούς διαμονής των



αναγνωρισμένων προσφύγων στην Ελλάδα, η ανανέωσή της (εφόσον εξεταστεί το αντίστοιχο αίτημα) διαρκεί για άλλα τρία έτη (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021ε).

- Καθεστώς επικουρικής προστασίας: Οι δικαιούχοι επικουρικής προστασίας απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τα άτομα που έχουν αναγνωριστεί ως πρόσφυγες, εκτός από το δικαίωμα για αίτηση προς επανένωση με άλλα μέλη της οικογένειάς τους στο εξωτερικό. Επιπλέον, η άδεια διαμονής τους στην Ελλάδα έχει διάρκεια ενός έτους, με δυνατότητα ανανέωσης για άλλα δύο έτη (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021ε).

#### 4.1 Το νομικό πλαίσιο για τους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο

Η ελληνική νομοθεσία, σύμφωνα με τα δεδομένα του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου, περιλαμβάνει μία σειρά από προεδρικά διατάγματα, νόμους, υπουργικές αποφάσεις και εγκυκλίους που διαμορφώνουν την ελληνική μεταναστευτική πολιτική μέσα από έξι διαφορετικά θεματικά πεδία (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021g).

Το Προεδρικό Διάταγμα 106 (ΦΕΚ Α'-255-23-12-2020) προσδιορίζει τη συγκρότηση του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου, καθορίζοντας τις υπηρεσίες που το στελεχώνουν, τη λειτουργία των γενικών και ειδικών γραμματειών, καθώς και το ανθρώπινο δυναμικό που απαιτείται για την ομαλή λειτουργία του (ΦΕΚ:Α'-255-23-12-2020).

Το πρώτο θεματικό πεδίο της ελληνικής νομοθεσίας για τη μετανάστευση αναφέρεται στις υπηρεσίες νόμιμης μετανάστευσης. Σε αυτό το πεδίο περιγράφονται, μεταξύ άλλων, οι διαδικασίες έκδοσης διαφόρων τύπων αδειών διαμονής και οι διαδικασίες απελάσεων και επιστροφών πολιτών τρίτων χωρών από και προς την Ελλάδα (Υπουργείο\_Μετανάστευσης\_&\_Ασύλου, 2021h).

Το δεύτερο θεματικό πεδίο της ελληνικής νομοθεσίας αναφέρεται στα ζητήματα κοινωνικής ένταξης των προσφύγων και των μεταναστών. Ενδεικτικά νομοθετήματα προς αυτήν την κατεύθυνση αποτελούν ο Ν. 4555/2018 (ΦΕΚ Α'/19-07-2018), Άρθρο 79, όπου περιγράφονται οι δράσεις σε αυτοδιοικητικό επίπεδο που ενισχύουν την ένταξη των

αλλοδαπών πολιτών στην τοπική κοινωνία, καθώς και η Κοινή Υπουργική Απόφαση 3063/2020 που καθορίζει το μητρώο των ελληνικών και ξένων ΜΚΟ, οι οποίες, μεταξύ άλλων, δραστηριοποιούνται και σε θέματα κοινωνικής ένταξης (ΚΥΑ:3063/2020; ΦΕΚ:Α'/19-07-2018).

Το τρίτο θεματικό πεδίο της ελληνικής νομοθεσίας για τη μεταναστευτική πολιτική περιλαμβάνει τις διατάξεις προστασίας των αιτούντων άσυλο. Ο νόμος Ν. 4540/2018 (ΦΕΚ 91Α'/22.05.2018) αναφέρεται στην προστασία των αιτούντων άσυλο, με βάση τη σύμβαση της Γενεύης (1951) και το αναθεωρημένο πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης (1967). Πιο συγκεκριμένα, περιγράφει τις αξιοπρεπείς συνθήκες υποδοχής και διαβίωσης των μετακινούμενων πληθυσμών (τροφή, στέγαση, οικονομικό βοήθημα, υγειονομική περίθαλψη, κλπ.), καθώς και τις υποχρεώσεις των τελευταίων, η μη τήρηση των οποίων θα οδηγήσει στον περιορισμό ή στην ανάκληση των παροχών που απολαμβάνουν. Επιπλέον, περιλαμβάνει διατάξεις για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως ευάλωτοι πληθυσμοί, θύματα βασανιστηρίων και ασυνόδευτοι ανήλικοι (ΦΕΚ:91Α'/22.05.2018). Τέλος, η Κοινή Υπουργική Απόφαση 13348/2020 και η Υπουργική Απόφαση 13221/2020 καθορίζουν τις συνθήκες φιλοξενίας και τους όρους υλοποίησης του προγράμματος «ΕΣΤΙΑ II», που παράλληλα με τις δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών στεγάζουν και παρέχουν προστασία σε αιτούντες άσυλο (ΚΥΑ:13348/2020; ΥΑ:13221/2020).

Το τέταρτο θεματικό πεδίο της νομοθεσίας για την ελληνική μεταναστευτική πολιτική περιλαμβάνει τους νόμους και τις αποφάσεις που σχετίζονται με τα ζητήματα ασύλου. Επιπλέον, διέπεται από οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως ο κανονισμός του Δουβλίνου III και η συμφωνία Σένγκεν, για τις οποίες θα υπάρξει μία ξεχωριστή περιληπτική αναφορά. Ο νόμος Ν. 3907/2011 περιλαμβάνει την ίδρυση της Υπηρεσίας Ασύλου, η οποία αρχικώς υπάγονταν στο Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη. Επιπλέον, αναφέρεται σε όλες εκείνες τις διαδικασίες, τις οποίες τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλούνται να ακολουθούν για περιπτώσεις αιτούντων άσυλο με απορριπτική απόφαση ή παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών, προκειμένου να επιστρέψουν στις χώρες καταγωγής τους (Ν.3907/2011). Με τον νόμο Ν. 4375/2016, η Υπηρεσία Ασύλου εντάχθηκε στο Υπουργείο Εσωτερικών και Διοικητικής Ανασυγκρότησης, καλούμενη παράλληλα να εναρμονιστεί με τις νέες κοινοτικές οδηγίες για τη χορήγηση και ανάκληση του καθεστώτος διεθνούς προστασίας/ασύλου (Ν.4375/2016). Στη σημερινή της μορφή η Υπηρεσία Ασύλου



υπάγεται στο Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, όπως άλλωστε περιγράφει και το Προεδρικό Διάταγμα 106 (ΦΕΚ:Α'-255-23-12-2020). Μια σημαντική στιγμή για την ελληνική και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική αποτέλεσε ο χαρακτηρισμός της Τουρκίας, ως ασφαλής χώρα για την παραμονή αιτούντων άσυλο με συγκεκριμένα φυλετικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά. Η εξέταση των αιτημάτων διεθνούς προστασίας, υπό αυτό το πρίσμα, θα διαφοροποιούσε την έκβαση πολλών αποφάσεων στην Υπηρεσία Ασύλου, προς όφελος της Ελλάδας και της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα, με βάση το νόμο Ν. 4636/2019 και την Κοινή Υπουργική Απόφαση 42799/2021, η Τουρκία θεωρήθηκε ως ασφαλής χώρα για τους υπηκόους Αφγανιστάν, Συρίας, Πακιστάν, Μπαγκλαντές και Σομαλίας (ΚΥΑ:42799/2021; Ν.4636/2019).

Ο κανονισμός του Δουβλίνου III εξασφαλίζει την αμεσότερη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Ασύλου και την εξέταση των αντίστοιχων αιτημάτων σε ευρωπαϊκό επίπεδο για τους ενδιαφερόμενους πολίτες τρίτων χωρών, που έχουν εισέλθει στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα τρία βασικά κριτήρια που καθορίζουν το μοναδικό κάθε φορά αρμόδιο κράτος-μέλος για την εξέταση των αιτημάτων διεθνούς προστασίας αναφέρονται παρακάτω με ιεραρχική σειρά (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2021f):

1. Οικογενειακοί δεσμοί και δυνατότητα επανένωσης σε άλλο κράτος-μέλος
2. Πρόσφατη έκδοση άδειας διαμονής σε ένα κράτος-μέλος
3. Νόμιμη ή παράνομη είσοδος στην επικράτεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ο χώρος και η συνεργασία Σένγκεν, με βάση την αντίστοιχη συμφωνία του 1985 από τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και την Ολλανδία, σηματοδοτούσε την κατάργηση των ελέγχων στα εσωτερικά σύνορα των πέντε αυτών χωρών. Η συνθήκη του Άμστερνταμ, δώδεκα χρόνια αργότερα, εισήγαγε την παραπάνω συμφωνία στο νομικό πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθιστώντας σήμερα 26 χώρες (η Ιρλανδία δεν περιλαμβάνεται σε αυτές) ως μέλη του χώρου Σένγκεν. Η Ελβετία, η Νορβηγία, το Λιχτενστάιν και η Ισλανδία, ως χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, περιλαμβάνονται επίσης στο χώρο Σένγκεν. Ο χώρος και η συνεργασία Σένγκεν υιοθέτησε ένα κοινό σύστημα ελέγχων των ενιαίων εξωτερικών συνόρων των συμβαλλόμενων χωρών, επιτρέποντας σε αυτές να έχουν καλύτερη δικαστική και αστυνομική συνεργασία, αποτελεσματικότερο διαμοιρασμό πληροφοριών για αγνοούμενα πρόσωπα και εγκληματικές πράξεις, καθώς και

ενιαία πολιτική για ζητήματα θεωρήσεων διαβατηρίων και όρων εισόδου σε βραχείες διαμονές. Ο χώρος και η συνεργασία Σένγκεν βρίσκει εφαρμογή και στις τρέχουσες μεταναστευτικές προκλήσεις, καθιστώντας τις υπηρεσίες των κρατών-μελών περισσότερο ευέλικτες και πιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση των κοινών προκλήσεων (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2020).

Το πέμπτο θεματικό πεδίο της νομοθεσίας για τη μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα περιλαμβάνει τα ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων της Αρχής Προσφυγών. Η εν λόγω Αρχή αποτελεί το δευτεροβάθμιο όργανο αξιολόγησης των απορριπτικών αποφάσεων της Υπηρεσίας Ασύλου, οι οποίες έχουν αποδοθεί στους αιτούντες άσυλο/διεθνή προστασία. Η Αρχή Προσφυγών λειτουργεί με βάση τον νόμο Ν. 4375/2016 και, όπως και η Υπηρεσία Ασύλου, συστάθηκε το 2011 με το νόμο Ν. 3907/2011 (Ν.3907/2011; Ν.4375/2016).

Το έκτο και τελευταίο θεματικό πεδίο της ελληνικής νομοθεσίας για τη μεταναστευτική πολιτική καθορίζει τη λειτουργία της Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΥΠΥΤ). Η ΥΠΥΤ, όπως μαρτυρά και το όνομα της, είναι υπεύθυνη για την υποδοχή και ταυτοποίηση των μεταναστευτικών ροών σε όλη την ελληνική επικράτεια. Λειτουργεί με βάση το νόμο Ν. 4375/2016, προσφέροντας φιλοξενία, προστασία, υγειονομική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική υποστήριξη και νομική καθοδήγηση στους διαμένοντες υπηκόους τρίτων χωρών (Ν.4375/2016). Συνεργάζεται αποτελεσματικά με τη UNHCR, τον IOM, την Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Υποστήριξης για το Άσυλο, τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας καθώς και τις ΜΚΟ, που περιλαμβάνονται στο σχετικό μητρώο του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου (Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου, 2021i). Οι επιχειρησιακές μονάδες της ΥΠΥΤ περιλαμβάνουν τις δομές φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών, τα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης και τις κλειστές ελεγχόμενες δομές νήσων. Η λειτουργία των συγκεκριμένων μονάδων εποπτεύεται από τους διοικητές αυτών, και με βάση την Υπουργική Απόφαση 13532/2020 διαρθρώνεται σε 4 ξεχωριστά κλιμάκια: 1) Κλιμάκιο διοικητικής μέριμνας, 2) Κλιμάκιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, 3) Κλιμάκιο ενημέρωσης και 4) Κλιμάκιο εξωτερικής φύλαξης και ασφάλειας (ΥΑ:13532/2020). Πριν την ανάληψη των διοικήσεων των δομών από τους διοικητές της ΥΠΥΤ, υπεύθυνο για τον συντονισμό και τη διαχείρισή τους ήταν το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, μέσω των Τοπικών Συντονιστικών Κέντρων Διαχείρισης Προσφυγικής Κρίσης (ΤΟΣΚΕΔΠ) (Ν.4368/2016). Η υγειονομική κάλυψη των δομών της ΥΠΥΤ υλοποιείται από



το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ, μετέπειτα ΕΟΔΥ(Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας)) με Κοινή Υπουργική Απόφαση του 2018. Τα κλιμάκια του ΕΟΔΥ παρέχουν ιατρονοσηλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στους αιτούντες άσυλο, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις μπορούν να συνεπικουρούνται και από ΜΚΟ εγγεγραμμένες στο αντίστοιχο μητρώο του Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου (ΚΥΑ:64186/2018). Η υγειονομική κάλυψη των αιτούντων άσυλο διαμενόντων στις δομές φιλοξενίας της ΥΠΥΤ περιεγράφηκε αρχικά σε νόμο του 2016, ο οποίος και προέβλεπε την έκδοση ΑΜΚΑ σε πολλές κατηγορίες ανασφάλιστων πολιτών και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, μεταξύ αυτών και οι αιτούντες άσυλο/διεθνή προστασία (Ν.4368/2016). Τέσσερα έτη αργότερα εκδόθηκε Κοινή Υπουργική Απόφαση, η οποία προέβλεπε την έκδοση ΠΑΑΥΠΑ στους αιτούντες άσυλο, το οποίο είτε θα μετατρέπονταν σε ΑΜΚΑ εφόσον ο αιτών άσυλο αναγνωρίζονταν ως πρόσφυγας, είτε θα καταργούνταν εφόσον ο αιτών άσυλο λάμβανε απορριπτική απόφαση. Ο ΠΑΑΥΠΑ αντικατέστησε τον ΑΜΚΑ και βρίσκει εφαρμογή στους αιτούντες άσυλο μέχρι και την ημερομηνία συγγραφής της παρούσας ενότητας (09/01/2022) (ΚΥΑ:717/2020). Η δομή φιλοξενίας στο Βαγιοχώρι Θεσσαλονίκης λειτουργεί στη σημερινή της μορφή από τον Οκτώβριο 2019. Ανήκει στην ΥΠΥΤ και είναι μία από τις τρεις δομές που λειτουργούν στην Περιφερειακή Ενότητα Θεσσαλονίκης.

## **4.2 Τα κυριότερα προβλήματα υγείας των προσφύγων και αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα**

Η υγειονομική κάλυψη των προσφυγικών πληθυσμών, οι δυνατότητες πρόσβασής τους στις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η κατάσταση της υγείας τους, ως απόρροια των κακουχιών που πέρασαν, αποτελούν προκλήσεις για το Υπουργείο Υγείας και για το Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου. Σε μελέτη του 2016 στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου, αναδείχθηκαν τα προβλήματα πρόσβασης των προσφύγων στις τοπικές δομές υγείας, ενώ παράλληλα οι αντίστοιχες υπηρεσίες εντός των δομών φιλοξενίας θεωρούνταν ανεπαρκείς. Οι μεταδιδόμενες ασθένειες, τα προβλήματα ψυχικής υγείας και οι τραυματικές εμπειρίες των μετακινούμενων πληθυσμών αποτέλεσαν πραγματικά γεγονότα, με την ανάγκη



για ουσιαστικές παρεμβάσεις να ήταν επίκαιρη (Kousoulis, Ioakeim-Ioannidou, & Economidou, 2016).

Μελέτη του 2017 στο κέντρο υποδοχής και ταυτοποίησης της Λέσβου ανέδειξε τα κυριότερα προβλήματα υγείας των αιτούντων άσυλο στο νησί, που σύμφωνα με τους συγγραφείς αυτής, θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψιν προκειμένου να αναθεωρηθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους κρατικούς φορείς και τις ΜΚΟ. Οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, τα οδοντιατρικά προβλήματα και οι διαταραχές ψυχικής υγείας απασχόλησαν περισσότερο τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι περιέθαλπαν τον προσφυγικό πληθυσμό. Οι συνθήκες υψηλού συγχρωτισμού, ανεπαρκούς υγιεινής των διαμενόντων και η έλλειψη ενός κατάλληλου εμβολιαστικού προγράμματος για τον παιδικό προσφυγικό πληθυσμό θα έπρεπε να ευαισθητοποιήσουν περισσότερο τους αρμόδιους φορείς, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο διαβίωσης εντός των δομών (Hermans et al., 2017).

Τέλος, μελέτη του 2018 σε 367 φιλοξενούμενους των δομών φιλοξενίας Ελαιώνα, Διαβατών, Βέροιας, Σκαρμαγκά, Σχιστού και Σάμου ανέδειξε τη σημασία της σωματικής και ψυχολογικής τους ευημερίας ως αποτέλεσμα των συνθηκών διαβίωσης και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, σημαντικοί παράγοντες όπως η αποτελεσματικότητα των φορέων που δραστηριοποιούνται στις δομές, οι προοπτικές ενσωμάτωσης και ομαλής διαβίωσης των αιτούντων άσυλο και η γενικότερη στρατηγική (εγχώρια και ευρωπαϊκή) ως προς τα ζητήματα ασύλου, απελάσεων και μετεγκατάστασης σε τρίτες χώρες (επιθυμητούς προορισμούς) επηρέασαν τη σωματική και ψυχική υγεία των διαμενόντων σε σημαντικό βαθμό. Η αξιολόγηση αυτών των παραγόντων και η λήψη των κατάλληλων μέτρων από τους φορείς εντός των δομών θα μπορούσε να συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση της υγείας τους, τόσο σε σωματικό επίπεδο, όσο και σε ψυχικό (Stathopoulou, Avrami, Kostaki, Cavounidis, & Eikemo, 2019).



## 5. Μεθοδολογία της μελέτης

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη μέτρηση των επιπέδων της ΣΥΠΖ και της ικανοποίησης από τη ζωή των διαμενόντων της δομής Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης. Διενεργήθηκε στο διάστημα Νοεμβρίου–Δεκεμβρίου 2021, κατόπιν έγκρισης που δόθηκε από τη διοίκηση της εν λόγω δομής. 224 ερωτηματολόγια, με τη συμβολή διερμηνέων φαρσί και αραβικών, διανεμήθηκαν σε όλους του φιλοξενούμενους (ηλικίας 18 ετών και άνω) που ήταν παρόντες το παραπάνω χρονικό διάστημα στη δομή.

Τα ερωτηματολόγια περιλάμβαναν τρία ξεχωριστά μέρη. Στο πρώτο εξ αυτών καταγράφηκαν συγκεκριμένα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα των διαμενόντων της δομής, όπως η ηλικία, το φύλο, η χώρα καταγωγής τους, το μορφωτικό τους επίπεδο και η οικογενειακή τους κατάσταση. Επιπλέον, αναζητήθηκαν πληροφορίες για κάποια σημαντικά στοιχεία που αναφέρονται συχνά στους μετακινούμενους πληθυσμούς, όπως το διάστημα παραμονής τους στη χώρα υποδοχής (Ελλάδα) καθώς και η προσωπική τους εκτίμηση, για το πότε αναμένεται να φθάσουν στην επιθυμητή χώρα προορισμού τους. Οι δύο τελευταίες ερωτήσεις του πρώτου μέρους σχετίζονταν με ζητήματα υγείας των διαμενόντων. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε τα πέντε στοιχεία της κλίμακας του Diener, καθώς και μία κλίμακα επτά σημείων (από το «Διαφωνώ πολύ» έως το «Συμφωνώ πολύ»), με βάση την οποία θα έπρεπε να βαθμολογηθούν οι πέντε παραπάνω τοποθετήσεις (Diener et al., 1985). Πιστοποιημένοι διερμηνείς αραβικών και φαρσί μετέφρασαν τα δύο πρώτα μέρη του ερωτηματολογίου. Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε το εργαλείο SF-36. Η αραβική του εκδοχή έχει αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία με βάση τη δημοσίευση της Sabbah και των συνεργατών της το 2003 (Sabbah, Drouby, Sabbah, Retel-Rude, & Mercier, 2003). Η εκδοχή του στη γλώσσα φαρσί έχει αποδεδειγμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία με βάση τη δημοσίευση του Montazeri και των συνεργατών του το 2005 (Montazeri, Goshtasebi, Vahdaninia, & Gandek, 2005).

Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, δινόταν η δυνατότητα επεξήγησης τυχών αποριών, τόσο στα αραβικά, όσο και στα φαρσί. Οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν εξ αρχής για την εθελοντική τους συμμετοχή, τη διατήρηση της ανωνυμίας τους, τους σκοπούς της εν λόγω μελέτης και την απουσία ενδεχόμενων οφελών από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σε κάθε εκτυπωμένο ερωτηματολόγιο αναγράφονταν ευκρινώς ο σκοπός

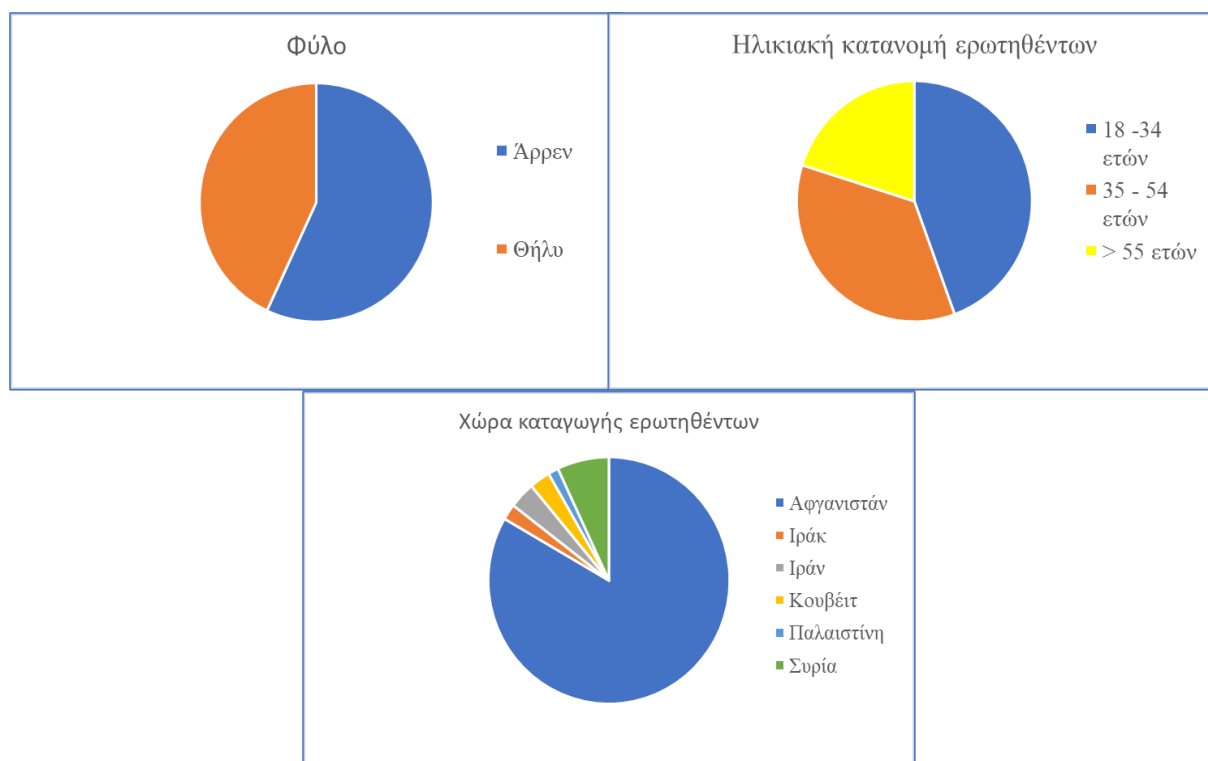


της μελέτης και η τήρηση της ανωνυμίας ως προς τις απαντήσεις που επρόκειτο να δοθούν. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είχε διάρκεια περίπου δέκα λεπτών, με τον κάθε ερωτώμενο να έχει επαρκή χρόνο προκειμένου να ολοκληρώσει τη διαδικασία.

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων διεξήχθη με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 26.0 και με τη συμβολή του Microsoft Office Excel Professional Plus 2019. Στο πρώτο μέρος της ανάλυσης πραγματοποιήθηκε μία παρουσίαση των ευρημάτων της μελέτης (περιγραφική στατιστική), ενώ στο επόμενο διερευνήθηκε η σχέση της ΣΥΠΖ και της ικανοποίησης από τη ζωή με τις εξής ανεξάρτητες μεταβλητές: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, χρόνος παραμονής στην Ελλάδα, εκτιμώμενο διάστημα άφιξης στην επιθυμητή χώρα προορισμού, κάλυψη αναγκών από τους φορείς της δομής, ύπαρξη σοβαρού προβλήματος υγείας και λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής (συμπερασματολογική στατιστική). Οι τιμές σημαντικότητας  $p$  ( $p$ -value) που ήταν μικρότερες της τάξης του  $10^{-3}$ , αναφέρθηκαν ως 0,000.

## 6. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης διανεμήθηκε σε 224 ενήλικες διαμένοντες της δομής Βαγιοχωρίου. Από αυτούς, οι 144 συμπλήρωσαν πλήρως τα ζητούμενα στοιχεία (ποσοστό ανταπόκρισης/responserate: 64,28 %). Από τους 144 ερωτηθέντες, οι 82 ήταν άνδρες (ποσοστό: 56,94 %) και οι 62 γυναίκες (ποσοστό: 43,06 %). Οι ερωτηθέντες με καταγωγή από το Αφγανιστάν ήταν 120 (ποσοστό: 83,33 %), από το Ιράν 5 (ποσοστό: 3,47 %), από το Ιράκ 3 (ποσοστό: 2,08 %), από το Κουβέιτ 4 (ποσοστό: 2,78 %), από την Παλαιστίνη 2 (ποσοστό: 1,39 %) και από τη Συρία 10 (ποσοστό: 6,95 %). Συνεπώς, 125 ερωτηθέντες (καταγωγή από το Αφγανιστάν και το Ιράν) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της γλώσσας φαρσί και 19 ερωτηθέντες (καταγωγή από το Ιράκ, το Κουβέιτ, την Παλαιστίνη και τη Συρία) συμπλήρωσαν το αραβικό ερωτηματολόγιο. Στην έρευνα συμμετείχαν ερωτηθέντες ηλικίας 18–75 ετών, με μέση ηλικία τα 39 έτη. 64 ερωτηθέντες είχαν ηλικία 18–34 ετών (ποσοστό: 44,44 %), 51 ερωτηθέντες ηλικία 35–54 ετών (ποσοστό: 35,42 %) και 29 ερωτηθέντες ηλικία άνω των 55 ετών (ποσοστό: 20,14 %). Στο Σχήμα 1 αναπαρίστανται όλα τα παραπάνω δεδομένα.



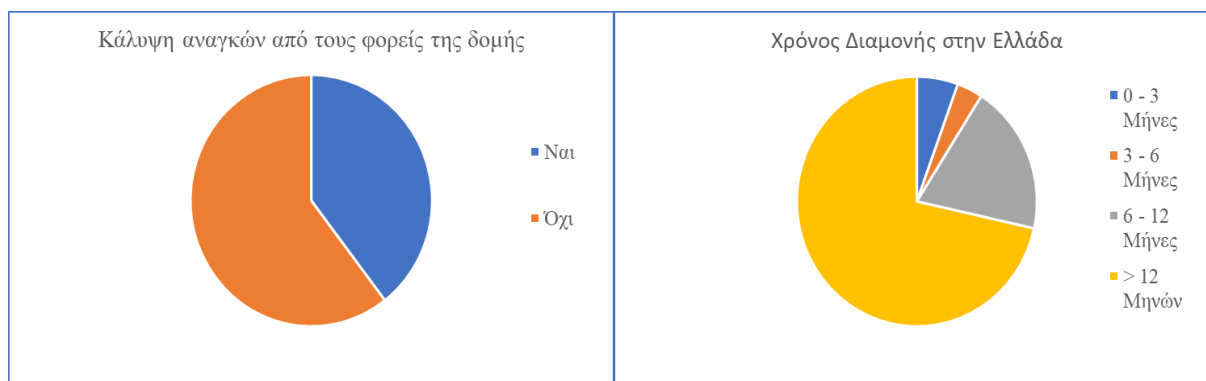
Σχήμα 1 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς το φύλο, την ηλικία και τη χώρα καταγωγής

Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων κατανεμόταν ως εξής: 1) Δημοτικό: 53 ερωτηθέντες (ποσοστό: 36,80 %), 2) Γυμνάσιο: 30 ερωτηθέντες (ποσοστό: 20,83 %), 3) Λύκειο: 44 ερωτηθέντες (ποσοστό: 30,56 %), 4) Προπτυχιακό επίπεδο: 15 ερωτηθέντες (ποσοστό: 10,42 %) και 5) Μεταπτυχιακό επίπεδο: 2 ερωτηθέντες (ποσοστό: 1,39 %). Η μεγάλη πλειονότητα των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι (109 ερωτηθέντες, ποσοστό: 75,70 %), με 23 ερωτηθέντες να είναι άγαμοι (ποσοστό: 15,97 %), 5 ερωτηθέντες να είναι διαζευγμένοι (ποσοστό: 3,47 %) και 7 ερωτηθέντες να είναι χήροι (ποσοστό: 4,86 %). Στο Σχήμα 2 αναπαρίστανται τα παραπάνω δεδομένα.



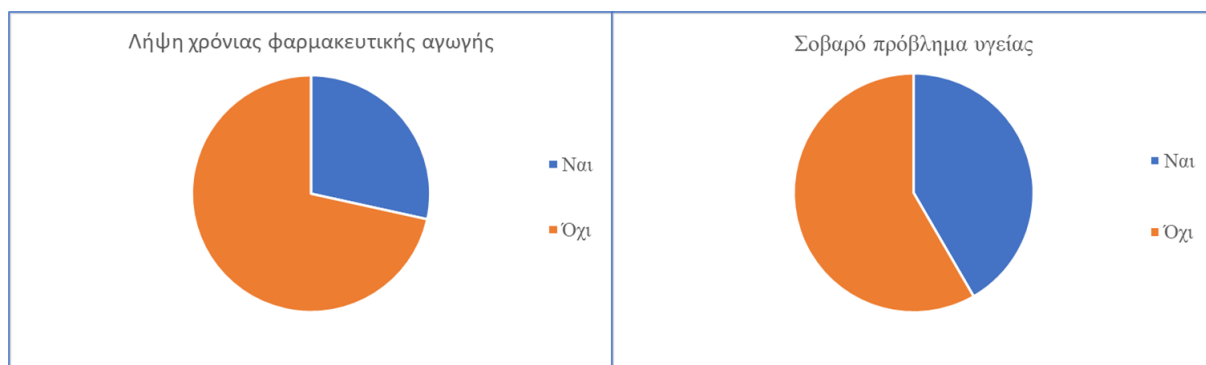
Σχήμα 2 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσής τους

Όσον αφορά στα δεδομένα των ερωτηθέντων για την καθημερινή διαβίωση τους στη δομή, τον χρόνο παραμονής τους στην Ελλάδα και τις εκτιμήσεις τους για το πότε αναμένεται να φθάσουν στην επιθυμητή χώρα προορισμού τους, απαντήθηκαν τρεις ερωτήσεις. Στην ερώτηση για το εάν οι φορείς της δομής καλύπτουν τις καθημερινές τους ανάγκες, 57 συμμετέχοντες έδωσαν θετική απάντηση (ποσοστό: 39,58 %) και 87 συμμετέχοντες έδωσαν αρνητική απάντηση (ποσοστό: 60,42 %). Στην ερώτηση που αναφερόταν στον χρόνο παραμονής τους στην Ελλάδα, 8 συμμετέχοντες (ποσοστό: 5,56 %) απάντησαν «0-3 μήνες», 5 συμμετέχοντες (ποσοστό: 3,47 %) «3-6 μήνες», 28 συμμετέχοντες (ποσοστό: 19,44 %) «6-12 μήνες» και 103 συμμετέχοντες (ποσοστό: 71,53 %) «μεγαλύτερο διάστημα των 12 μηνών». Τέλος, 81 συμμετέχοντες (ποσοστό: 56,25 %) απάντησαν θετικά στην ερώτηση «Πιστεύετε πως θα φτάσετε σύντομα στη χώρα προορισμού σας;», ενώ 63 συμμετέχοντες (ποσοστό: 43,75 %) απάντησαν αρνητικά. Στο Σχήμα 3 αναπαρίστανται τα δεδομένα των δύο πρώτων ερωτήσεων.



Σχήμα 3 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς το χρονικό διάστημα παραμονής τους στην Ελλάδα και ως προς την άποψή τους για το εάν καλύπτονται οι καθημερινές τους ανάγκες στη δομή

Το τελευταίο κομμάτι των ανεξάρτητων μεταβλητών της παρούσας μελέτης περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις. Στην ερώτηση για το εάν οι ερωτώμενοι λαμβάνουν κάποια χρόνια φαρμακευτική αγωγή, 41 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά (ποσοστό: 28,47 %) και 103 ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά (ποσοστό: 71,53 %). Στην ερώτηση για το εάν οι ερωτώμενοι υποφέρουν από κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, 60 ερωτηθέντες απάντησαν θετικά (ποσοστό: 41,67 %) και 84 ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά (ποσοστό: 58,33 %). Το Σχήμα 4 περιλαμβάνει τα δεδομένα των δύο παραπάνω, σχετικών με την υγεία, ερωτήσεων.



Σχήμα 4 Κατανομή των 144 ερωτηθέντων ως προς τη λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής και την αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων υγείας

Ο Πίνακας 1 που ακολουθεί, περιλαμβάνει συνοπτικά όλα τα παραπάνω δεδομένα, τα οποία διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα, η δεύτερη κατηγορία στα δεδομένα σχετικά με τη διαμονή των ερωτηθέντων στην Ελλάδα και η τρίτη κατηγορία στα δεδομένα υγείας.

Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα			Δεδομένα σχετικά με τη διαμονή στην Ελλάδα			Δεδομένα υγείας		
	N= 144	%		N= 144	%		N= 144	%
<b>Φύλο</b>			<b>Κάλυψη αναγκών</b>			<b>Λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής</b>		
Άρρεν	82	56,94	Ναι	57	39,58	Ναι	41	28,47
Θήλυ	62	43,06	Όχι	87	60,42	Όχι	103	71,53
<b>Ηλικία</b>			<b>Χρόνος παραμονής</b>			<b>Σοβαρό πρόβλημα υγείας</b>		
18 – 34 ετών	64	44,44	0 – 3 μήνες	8	5,56	Ναι	60	41,67
35 – 54 ετών	51	35,42	3 – 6 μήνες	5	3,47	Όχι	84	58,33
> 55 ετών	29	20,14	6 – 12 μήνες	28	19,44			
<b>Εκπαίδευση</b>			> 12 μήνες	103	71,53			
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	53	36,80	<b>Αφιξη στη χώρα προορισμού</b>					
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	74	51,39	Σύντομα	81	56,25			
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	17	11,81	Όχι σύντομα	63	43,75			
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>								
Άγαμος	23	15,97						
Έγγαμος	109	75,70						
Διαζευγμένος / Χήρος	12	8,33						
<b>Ομιλούμενη Γλώσσα</b>								
Φαρσί	125	86,81						
Αραβικά	19	13,19						

Πίνακας 1 Συνοπτική απεικόνιση της κατανομής του συνόλου των ανεξάρτητων μεταβλητών της μελέτης

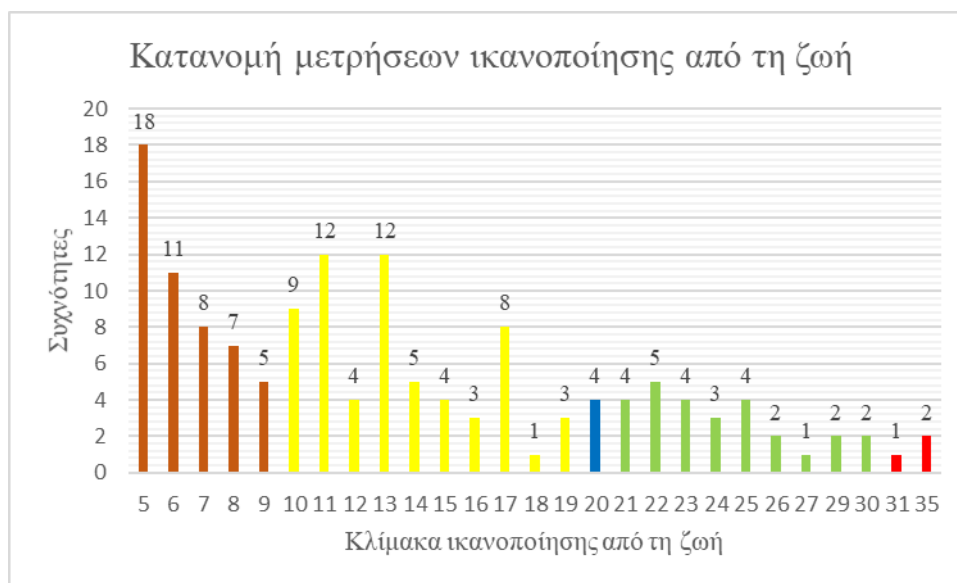
Στις δύο επόμενες ενότητες θα γίνει μία εκτενής αναφορά στα αποτελέσματα των μετρήσεων της ικανοποίησης από τη ζωή, με βάση την KIZ του Diener και στις μετρήσεις της ΣΥΠΖ, με βάση την κλίμακα SF-36 (Short form 36). Η KIZ και οι συνοπτικές κλίμακες PCS και MCS αποτελούν τις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης.



## 6.1 Αποτελέσματα μετρήσεων για την Ικανοποίηση από τη Ζωή

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην υποενότητα 3.2.1.1, για τις μετρήσεις ικανοποίησης από τη ζωή των 144 συμμετεχόντων ακολουθήθηκε η μεθοδολογία που περιέγραψε ο Diener με τους συνεργάτες του, το έτος 1985 (Diener et al., 1985).

Τα δεδομένα των μετρήσεων ικανοποίησης από τη ζωή, σύμφωνα με τη δοκιμασία Kolmogorov–Smirnov, δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5 %, το  $p=0,000 (<0,05)$ , οπότε και απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ( $H_0$ : η προς εξέταση κατανομή δεν διαφέρει από την κανονική κατανομή). Στο Σχήμα 5 αναπαρίσταται το ιστόγραμμα συχνοτήτων των μετρήσεων της ικανοποίησης από τη ζωή. 49 μετρήσεις παίρνουν τιμές από 5-9 (αντιπροσωπεύουν πολύ απογοητευμένα άτομα από τη ζωή τους/πορτοκαλί χρώμα στο Σχήμα 5), 61 μετρήσεις παίρνουν τιμές από 10–19 (αντιπροσωπεύουν μερικώς απογοητευμένα και απογοητευμένα άτομα από τη ζωή τους/κίτρινο χρώμα στο Σχήμα 5), 4 μετρήσεις βρίσκονται στο ουδέτερο σημείο της κλίμακας (τιμή: 20, μπλε χρώμα στο Σχήμα 5), 27 μετρήσεις παίρνουν τιμές από 21–30 (αντιπροσωπεύουν μερικώς ικανοποιημένα και ικανοποιημένα άτομα από τη ζωή τους/πράσινο χρώμα στο Σχήμα 5) και τέλος, 3 μετρήσεις παίρνουν τιμές πάνω από 31 (αντιπροσωπεύουν άτομα με πολύ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης/κόκκινο χρώμα στο Σχήμα 5). Η μέση τιμή των μετρήσεων ικανοποίησης από τη ζωή είναι 13,64 και η διάμεσος παίρνει την τιμή 12 (Η διάμεσος θεωρείται αντιπροσωπευτικότερη από τη μέση τιμή στις μη κανονικές κατανομές). Το 25<sup>ο</sup> εκατοστημόριο της κατανομής παίρνει την τιμή 7, το 50<sup>ο</sup> εκατοστημόριο (διάμεσος) της κατανομής παίρνει την τιμή 12 και τέλος το 75<sup>ο</sup> εκατοστημόριο της κατανομής παίρνει την τιμή 19 (Όπως και η διάμεσος σε σχέση με τη μέση τιμή, έτσι και τα εκατοστημόρια προτιμώνται σε σχέση με την τυπική απόκλιση ως ένδειξη της διασποράς των παρατηρήσεων σε μη κανονικές κατανομές (Τριχόπουλος, Τζώνου, & Κατσουγιάννη, 2001)).



Σχήμα 5 Κατανομή συχνοτήτων για τις μετρήσεις ικανοποίησης από τη ζωή

Όλα τα παραπάνω συνηγορούν πως οι μετρήσεις των 144 ερωτηθέντων ήταν αρκετά χαμηλές. Ο κριτικός σχολιασμός των αποτελεσμάτων θα πραγματοποιηθεί στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης.

## 6.2 Αποτελέσματα μετρήσεων για τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην υποενότητα 2.3.2, για τις μετρήσεις της ΣΥΠΖ με το εργαλείο SF-36 (Short form 36) απαντήθηκαν 36 σχετικές ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 35 αποτέλεσαν τη βάση για τον υπολογισμό οκτώ διαφορετικών διαστάσεων (της ΣΥΠΖ) και εν τέλει των κλιμάκων PCS και MCS. Οι ερωτήσεις του SF-36 έχουν δύο έως έξι εναλλακτικές λύσεις, οι οποίες ισαπέχουν μεταξύ τους, καταλαμβάνοντας όλο το εύρος πιθανών απαντήσεων (McHorney et al., 1994). Οι κλίμακες PCS και MCS υπολογίζονται με βάση τις δημοσιεύσεις του Ware και των συνεργατών του, καθώς και του Farivar και των συνεργατών του (Farivar et al., 2007; Ware Jr et al., 1994).

Στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 2) που ακολουθεί, καταγράφονται τα σημαντικότερα δεδομένα που αφορούν τόσο τις οκτώ διαφορετικές διαστάσεις της ΣΥΠΖ, όσο και τις κλίμακες PCS και MCS. Οι κλίμακες PCS και MCS, σύμφωνα με τη δοκιμασία Kolmogorov–Smirnov, δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5 %, η κλίμακα PCS έχει  $p=0,032$  ( $<0,05$ ) και η κλίμακα MCS  $p=0,001$  ( $<0,05$ ). Συνεπώς και στις δύο περιπτώσεις απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία, οι προς εξέταση κατανομές δεν διαφέρουν από την κανονική κατανομή.

Με βάση το δεδομένο πως οι κλίμακες PCS και MCS δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, όπως και στην περίπτωση της ΚΙΖ, εκτός από τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση των κατανομών, οι μετρήσεις του πίνακα (βλέπε Πίνακας 2) θα περιλαμβάνουν τόσο τη διάμεσο, όσο και τα εκατοστημόρια. Το 50<sup>ο</sup> εκατοστημόριο των μετρήσεων ταυτίζεται με τις τιμές των αντίστοιχων διαμέσων. Για λόγους καλύτερης ανάγνωσης των αποτελεσμάτων, θα παρατεθούν και οι ελάχιστες/μέγιστες τιμές των μετρήσεων.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	MIN	MAX	Percentile25	Percentile50 (Διάμεσος)	Percentile75
<b>Σωματική Λειτουργικότητα</b>	72,60	28,22	0,00	100,00	51,25	80,00	100,00
<b>Σωματικός Πόνος</b>	57,71	32,75	0,00	100,00	31,00	60,50	96,00
<b>Σωματικός Ρόλος</b>	60,07	42,36	0,00	100,00	6,25	75,00	100,00
<b>Γενική Υγεία</b>	51,11	22,82	0,00	100,00	30,50	51,00	70,00
<b>Ζωτικότητα</b>	56,01	24,45	0,00	100,00	40,00	55,00	75,00
<b>Κοινωνικός Ρόλος</b>	59,64	29,92	0,00	100,00	37,50	62,50	87,50
<b>Συναισθηματικός Ρόλος</b>	59,72	44,93	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00
<b>Ψυχική Υγεία</b>	58,14	22,65	0,00	100,00	44,00	60,00	76,00
<b>PCS</b>	43,90	10,69	20,82	62,70	35,97	44,91	53,72
<b>MCS</b>	42,08	11,83	11,66	63,91	32,58	42,05	52,05

Πίνακας 2 Περιγραφική στατιστική αποτύπωση των οκτώ διαστάσεων του SF-36 και των κλιμάκων PCS, MCS

Η προσεκτική ανάγνωση του πίνακα (βλέπε Πίνακας 2) οδηγεί στα εξής συμπεράσματα: Προσεγγιστικά, οι τιμές του εργαλείου SF-36 ήταν μέτριες. Η υψηλότερη τιμή ήταν αυτή της Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

κλίμακας «συναισθηματικός ρόλος», όπου το 50 % των παρατηρήσεων είχε τιμή 100,00. Σε αυτήν την κλίμακα ο βαθμός διασποράς ήταν αρκετά μεγάλος (τιμή τυπικής απόκλισης: 44,93) και συνεπώς υπήρχε αρκετά μεγάλη διαφορά ανάμεσα στη μέση τιμή και στη διάμεσο. Επιπλέον, η τιμή της κλίμακας «σωματική λειτουργικότητα» ήταν επίσης υψηλή, με το 50 % των παρατηρήσεων να έχει τιμή 80,00. Οι δύο χαμηλότερες τιμές (εξαιρουμένων των PCS, MCS) ήταν αυτές των κλιμάκων «γενική υγεία, ζωτικότητα». Η πρώτη κλίμακα είχε ως διάμεσο την τιμή 51,00 και η δεύτερη την τιμή 55,00. Σε αυτές τις κλίμακες η μέση τιμή προσεγγίζει σε μεγάλο βαθμό την τιμή της διαμέσου και συνεπώς οι αντίστοιχες κατανομές προσεγγίζουν αυτή της κανονικής κατανομής. Οι κλίμακες «σωματικός πόνος, κοινωνικός ρόλος, ψυχική υγεία» είχαν παρόμοιες διάμεσες τιμές (60,50/62,50/60,00 κατά αντιστοιχία), με τις αντίστοιχες μέσες τιμές να μην εμφανίζουν μεγάλες διαφορές. Η κλίμακα «σωματικός ρόλος» είχε ως διάμεσο την τιμή 75,00, με την αντίστοιχη μέση τιμή να είναι 15 μονάδες χαμηλότερη (λόγω μεγάλης διασποράς των τιμών). Τέλος, η κλίμακα PCS είχε ως διάμεσο την τιμή 44,91, με μέση τιμή 43,90 (με σαφώς χαμηλότερη τιμή τυπικής απόκλισης (10,69) από αυτές των οκτώ διαστάσεων του SF-36) και η κλίμακα MCS είχε ως διάμεσο την τιμή 42,05, με μέση τιμή 42,08 (επίσης χαμηλή τιμή τυπικής απόκλισης (11,83)). Ο σχολιασμός των παραπάνω αποτελεσμάτων θα πραγματοποιηθεί στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης, μαζί με τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τις μετρήσεις της ικανοποίησης από τη ζωή.

### **6.3 Ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών**

Με δεδομένο ότι οι κατανομές των τριών εξαρτημένων μεταβλητών (KIZ, PCS, MCS) της παρούσας μελέτης είναι μη κανονικές, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες μη παραμετρικές δοκιμασίες, προκειμένου να αξιολογηθεί η συσχέτιση που εμφανίζουν με τα διαθέσιμα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά υγείας και τα χαρακτηριστικά σχετικά με τη διαμονή των ερωτηθέντων στην Ελλάδα.

Για τη συσχέτιση της ηλικίας (συνεχής, ποσοτική μεταβλητή) με τις τρεις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman. Για να αποτυπωθούν ευκρινέστερα οι συσχετίσεις, τα ηλικιακά δεδομένα διαχωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (18–34 ετών, 35–54 ετών, >55 ετών). Για κάθε ομάδα ξεχωριστά, υπολογίστηκαν οι αντίστοιχες τιμές (διάμεσος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση (SD), ελάχιστη και μέγιστη τιμή) των τριών κλιμάκων της μελέτης. Ωστόσο, για τον υπολογισμό της τιμής σημαντικότητας  $p$  ( $p$ -value), η μεταβλητή «ηλικία» λήφθηκε υπόψιν ως ενιαίο δείγμα και όχι ως δείγμα τριών διαφορετικών κατηγοριών. Στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 3) παρατίθενται όλα τα δεδομένα που αφορούν στις συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και KIZ/PCS/MCS.

	KIZ						PCS						MCS					
	Διάμεσος	Μέση Τιμή	SD	MIN	MAX	P Value	Διάμεσος	Μέση Τιμή	SD	MIN	MAX	P Value	Διάμεσος	Μέση Τιμή	SD	MIN	MAX	P Value
18–34 ετών	13,00	13,72	7,14	5	30	0,279	51,47	48,90	10,01	21,27	62,70	0,000*	49,09	44,37	12,81	11,66	61,14	0,015*
35–54 ετών	12,00	13,80	7,05	5	35		43,28	42,82	9,27	23,76	60,71		41,02	40,92	11,32	20,10	63,91	
> 55 ετών	11,00	13,17	8,51	5	35		32,79	34,78	7,68	20,82	50,30		36,64	39,06	9,67	26,66	58,69	

Πίνακας 3 Συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «ηλικία» και στις τρεις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης

Τα δεδομένα του πίνακα (βλέπε Πίνακας 3) δηλώνουν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις (στο επίπεδο 5 %) ανάμεσα στην ηλικία και στις κλίμακες PCS και MCS (μαρκαρισμένα  $p$ -values). Ενδεικτικά, η διάμεσος τιμή της PCS για την ηλικιακή ομάδα «18–34 ετών» είναι 51,47 με τις αντίστοιχες τιμές στις ηλικιακές ομάδες «35–54 ετών, >55 ετών» να είναι περίπου οκτώ (43,28) και δεκαεννιά (32,79) μονάδες χαμηλότερες. Παρόμοιες διαφορές εμφανίζονται και στις συγκρίσεις των μέσων τιμών της PCS για τις τρεις παραπάνω ηλικιακές ομάδες. Ο συντελεστής συσχέτισης σειράς του Spearman για τη σχέση της μεταβλητής «ηλικία» με την KIZ είναι -0,091, με την PCS είναι -0,516 και με τη MCS είναι -0,202. Είναι προφανές πως οι συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και KIZ/PCS/MCS είναι αρνητικής φύσεως (λόγω αρνητικών τιμών του συντελεστή συσχέτισης σειράς του Spearman). Αυτό σημαίνει πως οι μεγάλες τιμές μίας μεταβλητής (ηλικία) αντιστοιχούν σε μικρές τιμές της άλλης (KIZ/PCS/MCS). Οι μεγαλύτεροι συντελεστές συσχέτισης (θετικοί αριθμοί που πλησιάζουν το «1» για θετικές συσχετίσεις, και αρνητικοί αριθμοί που πλησιάζουν το «-1» για αρνητικές συσχετίσεις) αντιστοιχούν σε ισχυρότερες συσχετίσεις (ηλικία και PCS). Οι



συντελεστές συσχέτισης που βρίσκονται πιο κοντά στο μηδέν (ηλικία και KIZ) υποδεικνύουν απουσία συσχετίσεων και συνεπώς στατιστικώς μη σημαντικές σχέσεις.

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει πέντε ανεξάρτητες διχοτομικές μεταβλητές (φύλο, κάλυψη αναγκών, άφιξη στη χώρα προορισμού, λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής, σοβαρό πρόβλημα υγείας), καθώς και τη μεταβλητή «χρόνος παραμονής στην Ελλάδα», της οποίας τα αποτελέσματα ομαδοποιήθηκαν σε δύο κατηγορίες (παραμονή μικρότερη των 12 μηνών, παραμονή μεγαλύτερη των 12 μηνών). Για την ανάλυση των συσχετίσεων των έξι παραπάνω ανεξάρτητων διχοτομικών μεταβλητών με τις KIZ/PCS/MCS χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Mann-Whitney U. Μία από τις προϋποθέσεις εφαρμογής της δοκιμασίας αυτής είναι η ομοιογένεια των κατανομών για τις τιμές των δύο συγκρινόμενων σειρών (π.χ. κατανομή τιμών PCS για τους άνδρες και τις γυναίκες του δείγματος). Η προϋπόθεση αυτή αξιολογείται με βάση μια παραλλαγή του ελέγχου ομοιογένειας διασποράς Levene, για δεδομένα που δεν κατανέμονται κανονικά, όπως περιέγραψαν το 2010 και το 2011 ο Nordstokke και οι συνεργάτες του. Η μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) του παραπάνω ελέγχου είναι η εξής: «Υπάρχει ομοιογένεια ανάμεσα στις κατανομές των τιμών των συγκρινόμενων σειρών», με την εναλλακτική υπόθεση ( $H_1$ ) να δηλώνει το εξής: «Οι κατανομές των τιμών των συγκρινόμενων σειρών δεν εμφανίζουν ομοιογένεια» (Nordstokke & Zumbo, 2010; Nordstokke, Zumbo, Cairns, & Saklofske, 2011).

Η προϋπόθεση ομοιογένειας στις κατανομές των τιμών για δύο συγκρινόμενες σειρές δεν είναι αυστηρά περιοριστική. Σε περίπτωση που εκπληρώνεται, είναι ιδιαίτερο χρήσιμο να εκφράζουμε τις διαφορές στις τιμές των σειρών με βάση τη διάμεσο (εκτός από τη μέση κατάταξη των παρατηρήσεων (mean rank)). Σε αντίθετη περίπτωση, η χρησιμοποίηση του mean rank και μόνο αρκεί (University\_of\_Utah, 2021; Τριχόπουλος et al., 2001). Στο σύνολο των έξι διχοτομικών ανεξάρτητων μεταβλητών της παρούσας εργασίας, όταν μελετάται η συσχέτισή τους με τις KIZ/PCS/MCS, τέσσερις συνδυασμοί (σε σύνολο δεκαοκτώ) δεν παρουσιάζουν ομοιογένεια των κατανομών στις τιμές των συγκρινόμενων σειρών (σε επίπεδο σημαντικότητας 5 %). Οι συνδυασμοί αυτοί είναι οι εξής: 1) Λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής (Ναι ή Όχι)–PCS, 2) Λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής (Ναι ή Όχι)–MCS, 3) Κάλυψη αναγκών (Ναι ή Όχι)–MCS και 4) Χρόνος παραμονής στην Ελλάδα (<12 μηνών ή >12 μηνών)–KIZ. Η μηδενική υπόθεση ( $H_0$ ) της δοκιμασίας Mann-Whitney U για τους τέσσερις παραπάνω συνδυασμούς είναι η εξής: «Δεν υπάρχει διαφορά στις

κατανομές των τιμών των δύο συγκρινόμενων σειρών (π.χ. τιμές PCS για άτομα που λαμβάνουν και δε λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή)». Η εναλλακτική υπόθεση ( $H_1$ ) διαμορφώνεται ως εξής: «Υπάρχει διαφορά στη μέση κατάταξη των παρατηρήσεων (π.χ. PCS) ανάμεσα στα άτομα που λαμβάνουν και δεν λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή». Αντιθέτως, η εναλλακτική υπόθεση ( $H_1$ ) σε περιπτώσεις ομοιογενών κατανομών στις τιμές των συγκρινόμενων σειρών (αφορά στους υπόλοιπους δεκατέσσερις συνδυασμούς μεταξύ ανεξάρτητων μεταβλητών και KIZ/PCS/MCS) ορίζεται ως εξής: «Υπάρχει διαφορά στις διάμεσες τιμές των παρατηρήσεων (π.χ. KIZ) ανάμεσα στα άτομα μίας ομάδας (π.χ. άτομα που λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή), σε σχέση με τα άτομα της αντίθετης ομάδας (π.χ. άτομα που δε λαμβάνουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή)». Ο Πίνακας 4 που ακολουθεί, περιγράφει τις δεκαοκτώ προαναφερθείσες συσχετίσεις, με βάση τις διάμεσες τιμές των παρατηρήσεων ανά συγκρινόμενες ομάδες, τη μέση κατάταξη των παρατηρήσεων και τις ελάχιστες/μέγιστες τιμές αυτών. Η σύγκριση των δεδομένων με βάση τις διάμεσες τιμές τους είναι περισσότερο χρηστική για δεκατέσσερις εκ των δεκαοκτώ συνδυασμών (με κίτρινο χρώμα στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 4)), ενώ η μέση κατάταξη των παρατηρήσεων (mean rank) για τους υπόλοιπους τέσσερις συνδυασμούς (με πράσινο χρώμα στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 4)).



	KIZ					PCS					MCS				
	Διάμεσος	Mean Rank	MIN	MAX	P Value	Διάμεσος	Mean Rank	MIN	MAX	P Value	Διάμεσος	Mean Rank	MIN	MAX	P Value
<b>Φύλο</b>															
Άρρεν	12,00	72,03	5	35	0,876	43,58	68,38	20,82	60,71	0,173	36,98	65,91	11,66	63,91	0,029*
Θήλυ	11,50	73,12	5	35		47,98	77,95	21,27	62,70		47,84	81,21	19,00	61,14	
<b>Κάλυψη αναγκών</b>															
Ναι	17,00	96,61	5	35	0,000*	46,96	76,19	20,82	62,70	0,390	46,18	79,67	19,00	61,14	0,095
Όχι	10,00	56,70	5	26		44,50	70,08	21,27	60,71		39,96	67,80	11,66	63,91	
<b>Χρόνος παραμονής</b>															
< 12 μηνών	11,00	67,77	5	25	0,389	49,48	86,59	26,25	60,48	0,011*	51,33	92,34	23,55	61,14	0,000*
> 12 μηνών	13,00	74,38	5	35		43,06	66,89	20,82	62,70		37,17	64,60	11,66	63,91	
<b>Άφιξη στη χώρα προορισμού</b>															
Σύντομα	15,00	84,46	5	35	0,000*	49,30	84,40	20,82	62,70	0,000*	47,31	81,58	11,66	63,91	0,003*
Όχι σύντομα	10,00	57,13	5	31		40,14	57,21	21,27	60,71		36,87	60,83	19,73	60,89	
<b>Λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής</b>															
Ναι	10,00	58,63	5	31	0,012*	32,29	37,56	20,82	54,54	0,000*	33,87	44,49	21,67	58,69	0,000*
Όχι	13,00	78,02	5	35		49,14	86,41	21,27	62,70		48,94	83,65	11,66	63,91	
<b>Σοβαρό πρόβλημα υγείας</b>															
Ναι	11,00	64,93	5	31	0,065	33,52	41,95	20,82	60,40	0,000*	34,08	45,18	11,66	63,91	0,000*
Όχι	13,00	77,90	5	35		49,76	94,32	21,27	62,70		50,60	92,01	20,10	61,14	

Πίνακας 4 Συσχετίσεις των έξι ανεξάρτητων διχοτομικών μεταβλητών της μελέτης και των KIZ/PCS/MCS

Τα δεδομένα του πίνακα (βλέπε Πίνακας 4) παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τις συσχετίσεις ανάμεσα στις έξι ανεξάρτητες διχοτομικές μεταβλητές της μελέτης και στις KIZ/PCS/MCS. Οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις (σε επίπεδο σημαντικότητας 5 %) απεικονίζονται με μαρκαρισμένο (μαύρο χρώμα) p-value. Η διάμεσος τιμή της MCS για τις γυναίκες της μελέτης (47,84) εμφάνισε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σύγκριση με την αντίστοιχη τιμή των ανδρών (36,98). Αντιθέτως, οι διαφορές των γυναικών και των ανδρών για τις άλλες δύο εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη που θεώρησαν πως οι ανάγκες τους καλύπτονται από τους φορείς της δομής είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

(Διάμεσος τιμή: 17), σε σχέση με αυτούς που είχαν αντίθετη άποψη ως προς τις υπηρεσίες που τους παρέχονται (Διάμεσος τιμή: 10). Τα επίπεδα της ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από τις παροχές των φορέων. Επηρεάστηκαν ωστόσο από το διάστημα παραμονής των ερωτώμενων της μελέτης στην Ελλάδα, γεγονός που αναδεικνύει τον καταλυτικό ρόλο των υπηρεσιών ασύλου στην καθημερινότητα των προσφύγων. Πρόσφυγες με μικρότερη παραμονή του ενός έτους στην Ελλάδα εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές υψηλότερες τιμές στις PCS/MCS, συγκρινόμενοι με πρόσφυγες που διαμένουν στην Ελλάδα για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα (Διάμεσες τιμές PCS/MCS για διαμονή <12 μηνών: 49,48/51,33 έναντι αντίστοιχων τιμών για μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας διαμονές: 43,06/37,17). Ακόμα πιο σημαντική συνεισφορά στις τρεις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης είχαν οι εκτιμήσεις των συμμετεχόντων για το πότε αναμένεται να φθάσουν στις επιθυμητές- τρίτες χώρες προορισμού τους. Οι εκτιμήσεις για συντομότερες αφίξεις εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές υψηλότερες διάμεσες τιμές στις KIZ (15 έναντι 10 για όχι σύντομες αφίξεις), PCS (49,30 έναντι 40,14 για όχι σύντομες αφίξεις) και MCS (47,31 έναντι 36,87 για όχι σύντομες αφίξεις). Η συντόμευση των διαδικασιών ασύλου/έκδοσης ταξιδιωτικών εγγράφων φαίνεται πως είναι αρκετά σημαντική για όλα τα παραπάνω συμπεράσματα.

Αναλύοντας τις συσχετίσεις των δύο ανεξάρτητων μεταβλητών υγείας με τις KIZ/PCS/MCS εξάχθηκαν εξίσου σημαντικά συμπεράσματα. Ερωτώμενοι που δε λάμβαναν χρόνιες φαρμακευτικές αγωγές εμφάνισαν υψηλότερες τιμές και στις τρεις κλίμακες. Η διάμεσος τιμή της KIZ ήταν 13 έναντι 10, για άτομα που λάμβαναν χρόνιες θεραπείες, ενώ η μέση κατάταξη των παρατηρήσεων για τις PCS/MCS από το 86,41 έφθασε στο 37,56 και από το 83,65 στο 44,49 αντίστοιχα. Όλες οι παραπάνω διαφορές στις διάμεσες τιμές και στη μέση κατάταξη των παρατηρήσεων ήταν στατιστικώς σημαντικές στο επίπεδο 5 %. Τέλος, τα άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές χαμηλότερες τιμές στα επίπεδα της ΣΥΠΖ, σε σχέση με άτομα που ήταν πιο υγιή. Οι κλίμακες PCS /MCS στην πρώτη ομάδα είχαν διάμεσες τιμές 33,52/34,08 και στη δεύτερη ομάδα διάμεσες τιμές 49,76/50,60. Οι διαφορές των τιμών της KIZ στα άτομα αυτών των ομάδων δεν εμφάνισαν στατιστική σημαντικότητα.

Στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 5) που ακολουθεί, περιλαμβάνονται τα δεδομένα για τις συσχετίσεις των δύο τελευταίων ανεξάρτητων μεταβλητών της μελέτης με τις



KIZ/PCS/MCS. Οι μεταβλητές «εκπαίδευση» και «οικογενειακή κατάσταση» είναι ποιοτικές μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες. Για τη συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με τις KIZ/PCS/MCS χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal-Wallis H. Τα χαρακτηριστικά αυτής της δοκιμασίας είναι παρόμοια με αυτά της Mann-Whitney U. Η δοκιμασία Kruskal-Wallis H εφαρμόζεται σε ανεξάρτητες μεταβλητές που διαχωρίζονται σε περισσότερες από δύο κατηγορίες, ενώ η δοκιμασία Mann-Whitney U σε ανεξάρτητες διχοτομικές μεταβλητές. Όπως και στην περίπτωση των έξι ανεξάρτητων διχοτομικών μεταβλητών, έτσι και οι μεταβλητές «εκπαίδευση» και «οικογενειακή κατάσταση» ελέγχθηκαν ως προς την ομοιογένεια των κατανομών στις τιμές των συγκρινόμενων σειρών (π.χ. κατανομή τιμών PCS για τους άγαμους, έγγαμους και διαζευγμένους/χήρους της μελέτης). Η μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» εμφάνισε ομοιογένεια στις κατανομές των τιμών όλων των συγκρινόμενων σειρών και με τις τρεις κλίμακες της μελέτης. Αντιθέτως, η μεταβλητή «εκπαίδευση» εμφάνισε αυτό το χαρακτηριστικό μόνο ως προς την KIZ. Οι συσχετίσεις με ομοιογένεια στις κατανομές των συγκρινόμενων σειρών (σε επίπεδο σημαντικότητας 5 %) θα αναλυθούν με τη χρήση των διάμεσων τιμών (κίτρινο χρώμα στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 5)), ενώ αυτές που δεν εμφανίζουν ομοιογένεια θα αναλυθούν μέσω της μέσης κατάταξης των παρατηρήσεων (mean rank) (πράσινο χρώμα στον πίνακα (βλέπε Πίνακας 5)). Για την καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι διαζευγμένοι ερωτηθέντες της μεταβλητής «οικογενειακή κατάσταση» ομαδοποιήθηκαν με τους χήρους ερωτηθέντες. Τέλος, για τον ίδιο ακριβώς σκοπό, οι ερωτηθέντες απόφοιτοι γυμνασίου ομαδοποιήθηκαν με τους ερωτηθέντες αποφοίτους λυκείου, δημιουργώντας την κατηγορία «δευτεροβάθμια εκπαίδευση», ενώ οι απόφοιτοι προπτυχιακών σπουδών ομαδοποιήθηκαν με τους απόφοιτους μεταπτυχιακών σπουδών, δημιουργώντας την κατηγορία «τριτοβάθμια εκπαίδευση». Η ίδια ακριβώς πρακτική είχε εφαρμοστεί και στα δεδομένα του πίνακα (βλέπε Πίνακας 1).

	KIZ					PCS					MCS				
	Διάμεσος	Mean Rank	MIN	MAX	P Value	Διάμεσος	Mean Rank	MIN	MAX	P Value	Διάμεσος	Mean Rank	MIN	MAX	P Value
<b>Εκπαίδευση</b>															
Πρωτοβάθμια	11,00	69,37	5	35	0,727	39,54	54,98	21,27	62,70	0,000*	36,87	58,47	11,66	59,03	0,004*
Δευτεροβάθμια	12,50	73,48	5	30		47,46	80,76	23,76	60,71		45,51	78,18	19,73	63,91	
Τριτοβάθμια	14,00	78,00	5	23		49,49	91,18	20,82	59,60		51,08	91,53	19,00	58,11	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>															
Άγαμος	17,00	88,11	5	30	0,028*	55,60	110,30	39,54	62,70	0,000*	51,59	95,65	24,02	61,14	0,007*
Έγγαμος	11,00	67,26	5	35		43,28	66,25	20,82	60,71		37,17	66,51	11,66	63,91	
Διαζευγμένος/ Χήρος	16,00	90,17	5	30		39,93	56,83	26,87	56,62		45,18	82,50	28,73	60,03	
	<b>Επιμέρους P value ανά δύο σειρές δεδομένων</b>					<b>Επιμέρους P value ανά δύο σειρές δεδομένων</b>					<b>Επιμέρους P value ανά δύο σειρές δεδομένων</b>				
<b>Εκπαίδευση</b>															
Πρωτοβάθμια - Δευτεροβάθμια	-					0,002*					0,026*				
Πρωτοβάθμια - Τριτοβάθμια	-					0,006*					0,013*				
Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια	-					1,000					0,702				
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>															
Άγαμος – Έγγαμος	0,029*					0,000*					0,007*				
Άγαμος – Διαζευγμένος/ Χήρος	0,070					0,001*					1,000				
Έγγαμος – Διαζευγμένος/ Χήρος	0,890					1,000					0,623				

Πίνακας 5 Συσχετίσεις των μεταβλητών «εκπαίδευση» και «οικογενειακή κατάσταση» με τις KIZ/PCS/MCS

Ο Πίνακας 5 αναπαριστά τις συσχετίσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών «εκπαίδευση/οικογενειακή κατάσταση» και των KIZ/PCS/MCS. Με βάση το γεγονός ότι οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές περιλαμβάνουν δεδομένα τριών κατηγοριών, στο κάτω μέρος του πίνακα (βλέπε Πίνακας 5) αναγράφηκαν τα p-values των επιμέρους συσχετίσεων ανάμεσα σε όλα τα δυνατά ζεύγη κατηγοριών και στις KIZ/PCS/MCS (Δεν υπάρχουν επιμέρους p-values για τη μη σημαντική σχέση εκπαίδευσης και KIZ). Τα p-values του πίνακα (βλέπε Πίνακας 5) που αντιπροσωπεύουν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις (επίπεδο σημαντικότητας 5 %) μαρκαρίστηκαν με μαύρο χρώμα. Η ανεξάρτητη μεταβλητή



«εκπαίδευση» εμφάνισε στατιστικώς σημαντική σχέση με τις κλίμακες PCS/MCS. Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων καθώς και δευτεροβάθμιων δομών εκπαίδευσης είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες τιμές PCS/MCS σε σχέση με τους ερωτηθέντες που είχαν απολυτήριο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η μέση κατάταξη των παρατηρήσεων για τις κλίμακες PCS/MCS στους αποφοίτους πανεπιστημίων ήταν 91,18/91,53 και στους αποφοίτους γυμνασίου/λυκείου 80,76/78,18. Οι αντίστοιχες τιμές για τους κατόχους απολυτηρίου δημοτικού κυμάνθηκαν σε σαφώς χαμηλότερα επίπεδα (PCS: 54,98/MCS: 58,47). Επιπλέον, δεν υπήρξαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους αποφοίτους γυμνασίου/λυκείου και σε αυτούς των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Η ανεξάρτητη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» εμφάνισε στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις και με τις τρεις κλίμακες της μελέτης. Οι διάμεσες τιμές των KIZ/PCS/MCS για τους άγαμους συμμετέχοντες της μελέτης ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες από τις αντίστοιχες τιμές των έγγαμων συμμετεχόντων (KIZ: 17 έναντι 11, PCS: 55,60 έναντι 43,28 και MCS: 51,59 έναντι 37,17). Οι διαφορές μεταξύ έγγαμων και διαζευγμένων/χήρων συμμετεχόντων δεν εμφάνισαν στατιστική σημαντικότητα για καμία από τις τρεις κλίμακες. Τέλος, οι τιμές της κλίμακας PCS εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άγαμους και στους διαζευγμένους/χήρους ερωτηθέντες. Η διάμεσος τιμή της PCS στους άγαμους ερωτηθέντες ήταν 55,60 και στους διαζευγμένους/χήρους 39,93.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα συζητηθούν εκτενώς τα αποτελέσματα των συσχετίσεων της παρούσας ενότητας (ενότητα 6.3), καθώς και τα αποτελέσματα των μετρήσεων για την KIZ (ενότητα 6.1) και την ΣΥΠΖ (ενότητα 6.2). Ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων θα πραγματοποιηθεί με γνώμονα τις ήδη υπάρχουσες, παρόμοιου τύπου μελέτες της εγχώριας και διεθνούς βιβλιογραφίας. Επιπρόσθετα, θα παρατεθούν και οι όποιοι περιορισμοί της μελέτης, που ενδεχομένως επηρέασαν τα αποτελέσματα που ήδη αναλύθηκαν.



## 7. Συζήτηση

Οι μετρήσεις της παρούσας μελέτης, όπως αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, διαχωρίστηκαν σε τρεις άξονες. Ο πρώτος άξονας περιλαμβάνει τις μετρήσεις ικανοποίησης από τη ζωή, ο δεύτερος άξονας τις μετρήσεις των επιπέδων της ΣΥΠΖ και ο τρίτος άξονας τις συσχετίσεις των παραπάνω μετρήσεων με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης περιείχαν δεδομένα κοινωνικοδημογραφικής φύσεως, δεδομένα σχετικά με την υγεία των ερωτηθέντων καθώς και με τη διαμονή τους στην Ελλάδα.

Οι μετρήσεις ικανοποίησης από τη ζωή των ερωτηθέντων ήταν αρκετά χαμηλές. Η διάμεσος τιμή των μετρήσεων ήταν 12, η οποία αντιστοιχεί σε μερικώς απογοητευμένα και απογοητευμένα άτομα από τη ζωή τους. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (110 άτομα) εμφάνισε τιμές κάτω από το ουδέτερο σημείο της κλίμακας (τιμή: 20), με μόλις 30 άτομα να έχουν μεγαλύτερες βαθμολογίες. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με πρόσφατη γερμανική μελέτη, που στα συμπεράσματά της ανέφερε τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή προσφύγων που διαμένουν σε δομές φιλοξενίας και αντιμετωπίζουν προβλήματα νομικής φύσεως και ασύλου (Walther, Fuchs, Schupp, & von Scheve, 2020). Τα ίδια αποτελέσματα εξήχθησαν και από μελέτη του 1997 στη Νορβηγία, η οποία μέτρησε τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή σε 106 Βόσνιους πρόσφυγες (Van Selm, Lackland Sam, & Van Oudenhoven, 1997). Και οι δύο προαναφερθείσες μελέτες επισήμαναν τον καταλυτικό ρόλο της ενσωμάτωσης των προσφύγων στις τοπικές κοινωνίες, ως έναν παράγοντα που οδήγησε σε αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή.

Οι μετρήσεις των επιπέδων της ΣΥΠΖ, όπως και αυτές της ΚΙΖ, ήταν επίσης μέτριες έως χαμηλές. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με μελέτη του 2014 σε 270 Σύριους πρόσφυγες που διέμεναν στο Κουρδιστάν. Το εργαλείο μέτρησης της ΣΥΠΖ σε αυτήν τη μελέτη ήταν το WHOQOL-BREF. Το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις μέτρησης της ποιότητας ζωής. Η διάσταση «ψυχολογική κατάσταση» είχε χαμηλότερη τιμή από αυτή της διάστασης «σωματική υγεία» (20,30 με SD: 3,62 έναντι 23,21 με SD: 4,29). Η διάσταση «κοινωνικές σχέσεις» είχε τιμή 10,10 με SD: 2,25 και η διάσταση «περιβάλλον» τιμή 22,85 με SD: 4,62 (Aziz, Hutchinson, & Maltby, 2014). Ακόμα χαμηλότερες ήταν οι τιμές του εργαλείου WHOQOL-BREF για 444 πρόσφυγες που διέμεναν



στη Νοτιοδυτική Νιγηρία το 2012. Η ψυχολογική συνιστώσα έλαβε και πάλι χαμηλότερη τιμή από τη συνιστώσα της σωματικής υγείας (16,86 με SD: 4,04 έναντι 19,45 με SD: 4,18). Η τιμή των «κοινωνικών σχέσεων» ήταν 8,66 (SD: 2,59) και η τιμή του «περιβάλλοντος» 18,88 (SD: 5,03). Η συνολική τιμή της μελέτης αυτής ήταν 67,47 (SD: 13,46) (Akinyemi, Owoaje, Ige, & Popoola, 2012). Και οι δύο αυτές έρευνες επιβεβαιώνουν πλήρως τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, εκτιμώντας παράλληλα τα χαμηλότερα επίπεδα της ψυχολογικής κατάστασης των ερωτηθέντων, σε σύγκριση με τη σωματική τους υγεία.

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε πλήρη συμφωνία και με έρευνα της εγχώριας βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε το 2017 σε 161 πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο που διέμεναν σε δομές και καταλύματα της Βόρειας Ελλάδας. Το βασικό εργαλείο μέτρησης της ΣΥΠΖ στη μελέτη αυτή ήταν το SF-36. Η μέση τιμή της PCS στη μελέτη αυτή ήταν 43.9 (SD: 10,1), με την αντίστοιχη τιμή της MCS να είναι ελαφρώς χαμηλότερη (39.5, SD: 10.8) (Beza, Mavrodí, Kyratso, & Aletras, 2021). Οι τιμές αυτές είναι παρόμοιες με τις τιμές της παρούσας μελέτης, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό λόγω των κοινών χαρακτηριστικών και ιδιαιτεροτήτων που μοιράζονται οι δομές της ελληνικής επικράτειας και ειδικά αυτές της Βόρειας Ελλάδας.

Ο παράγοντας της ηλικίας επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα των PCS/MCS, χωρίς ωστόσο να έχει σημαντική συνεισφορά στην ΚΙΖ. Τα δεδομένα αυτά συμφωνούν εν μέρει με γερμανική δημοσίευση του 2013, η οποία ανέλυσε δεδομένα προηγούμενων ετών που, μεταξύ άλλων, περιλάμβαναν τις απόψεις 2,971 μεταναστών για την ικανοποίησή τους από τη ζωή και τη ΣΥΠΖ. Σύμφωνα με την εν λόγω μελέτη, οι νεότεροι μετανάστες είχαν υψηλότερα επίπεδα τιμών ΚΙΖ/PCS/MCS σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία και με τους ηλικιωμένους μετανάστες. Ωστόσο, όπως και στην περίπτωση της συσχέτισης της ηλικίας με την ΚΙΖ στη παρούσα μελέτη, οι εν λόγω συσχετίσεις ήταν ασθενείς και όχι ισχυρές (Nesterko, Braehler, Grande, & Glaesmer, 2013).

Ο παράγοντας «φύλο» επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα της MCS. Οι γυναίκες–διαμένουσες της δομής Βαγιοχωρίου εμφάνισαν υψηλότερες σχετικές τιμές, σε σχέση με τους άνδρες–διαμένοντες. Το συμπέρασμα αυτό δεν επιβεβαιώνεται σε μελέτη του 2020, που ανέλυσε δεδομένα Σύριων προσφύγων που έφθασαν στη Σουηδία την τριετία 2011–2013. Ωστόσο, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς στο πεδίο της συζήτησης, είναι πολύ πιθανό οι μειωμένες τιμές της ΣΥΠΖ στο γυναικείο φύλο να οφείλονται στις ηλικιωμένες συμμετέχουσες, και όχι



στις νεότερες, οι οποίες παρεμπιπτόντως εμφάνισαν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τους άνδρες συμμετέχοντες της ίδιας ηλικιακής ομάδας (Gottvall, Sjölund, Arwidson, & Saboonchi, 2020). Μια άλλη ερμηνεία της διαφοράς αυτής περιλαμβάνει τη συμβολή της «κοινωνικής υποστήριξης» στα υψηλά επίπεδα της MCS των γυναικών-προσφύγων (Nante et al., 2016), στοιχείο που αναδεικνύεται και στην προηγούμενη σουηδική μελέτη. Αποτελεί άλλωστε γεγονός πως οι γυναίκες-διαμένουσες της δομής Βαγιοχωρίου απολαμβάνουν ένα υψηλό επίπεδο παροχών και υποστήριξης από φορείς που υλοποιούν σχετικά προγράμματα (IOM, 2021a).

Η συμβολή των φορέων της δομής Βαγιοχωρίου εμφανίζεται καταλυτική και για την αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή μέρους των ερωτηθέντων της παρούσας μελέτης, οι οποίοι θεώρησαν πως οι καθημερινές τους ανάγκες καλύπτονται με επάρκεια. Το γεγονός αυτό έρχεται σε συμφωνία και παράλληλα αναδεικνύεται σε ισπανική μελέτη του 2013, σύμφωνα με την οποία οι μετανάστες της Μάλαγα που εμφάνιζαν τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής ενσωμάτωσης, προσαρμογής και αξιοποίησης των προσφερόμενων παροχών, χαρακτηρίζονταν παράλληλα από χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους. Η αποτελεσματικότερη υποστήριξη και η δημιουργία νέων κοινωνικών δικτύων επηρέαζε θετικά τις μετρήσεις της ικανοποίησης από τη ζωή, οι οποίες δεν θα διέφεραν πλέον σημαντικά από αυτές του γηγενούς πληθυσμού (Hombrados-Mendieta, Gomez-Jacinto, Domínguez-Fuentes, & Garcia-Leiva, 2013).

Η συντόμευση των διαδικασιών έκδοσης ασύλου φαίνεται πως έχει σημαντικό αντίκτυπο στα επίπεδα των KIZ/PCS/MCS των συμμετεχόντων της μελέτης. Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο με μικρότερη διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες τιμές PCS/MCS, με τις εκτιμήσεις τους για γρηγορότερη άφιξη στην επιθυμητή χώρα προορισμού να διαμορφώνουν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα τιμών και στις τρεις εξαρτημένες κλίμακες. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύονται και σε ολλανδική μελέτη του 2008 σε Ιρακινούς αιτούντες άσυλο, οι οποίοι είχαν καταφθάσει στη χώρα σε χρονικό διάστημα περίπου ενός έτους (συγκεκριμένα από το Νοέμβριο του έτους 2000 έως και το Σεπτέμβριο του επόμενου έτους). Με τη βοήθεια του εργαλείου WHOQOL-BREF, υπολογίστηκαν οι τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ανάμεσα σε αιτούντες άσυλο με μικρότερη διαμονή των έξι μηνών στην Ολλανδία και σε αιτούντες άσυλο με διάρκεια διαμονής μεγαλύτερη των δύο ετών. Η πρώτη ομάδα έλαβε σαφώς υψηλότερες τιμές και στις



τέσσερις διαστάσεις του εργαλείου, συγκρινόμενη με τη δεύτερη ομάδα. Επιπλέον, στο σύνολο τους οι δύο ομάδες εμφάνισαν υψηλότερη τιμή στη διάσταση της σωματικής υγείας (51,19 με SD: 20,58), σε σύγκριση με τη διάσταση της ψυχολογικής κατάστασης (47,58 με SD: 17,49) (Laban, Komprou, Gernaat, & de Jong, 2008). Όλες αυτές οι μετρήσεις είναι σε συμφωνία με τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, γεγονός που αναδεικνύει τη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων που αναλύονται.

Οι συμμετέχοντες της μελέτης που λάμβαναν χρόνιες φαρμακευτικές αγωγές, όπως άλλωστε αναμενόταν, εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις τρεις κλίμακες της μελέτης. Επιπλέον, συμμετέχοντες που δήλωσαν πως αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας, είχαν επίσης στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερες τιμές στις κλίμακες PCS/MCS. Η ΣΥΠΖ και η ικανοποίηση από τη ζωή, όπως ήδη αναφέρθηκε στο 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο της εργασίας αυτής, σχετίζονται άμεσα με τις εκβάσεις υγείας των ατόμων, την αξιολόγηση των συνθηκών της ζωής τους και τη λειτουργικότητα που εμφανίζουν στο πέρασμα του χρόνου. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την ελληνική δημοσίευση της Μπέζα και των συνεργατών της, μόνο ως προς το κομμάτι της σωματικής διάστασης της ΣΥΠΖ (Beza et al., 2021).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτώμενων της μελέτης επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα της ΣΥΠΖ. Οι ερωτώμενοι που ήταν απόφοιτοι δημοτικού είχαν στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερες τιμές των PCS/MCS, σε σχέση με τους απόφοιτους δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων ιδρυμάτων. Τα ευρήματα αυτά δεν έρχονται σε συμφωνία με δύο παρόμοιες μελέτες στην Ελλάδα και στην Ιταλία, οι οποίες επιδεικνύουν απουσία συσχέτισης μεταξύ «εκπαιδευτικού επιπέδου» και τιμών της ΣΥΠΖ (Beza et al., 2021; Nante et al., 2016). Συμφωνούν ωστόσο με ιταλική μελέτη του 2005, που ανέλυσε τις κοινωνικές ανισότητες της υγείας με τη χρήση των εργαλείων SF-36 και SF-12 (Gargiulo & Tinto, 2005).

Η τελευταία συσχέτιση που αναλύθηκε αφορούσε στην ανεξάρτητη μεταβλητή «οικογενειακή κατάσταση» και στις κλίμακες KIZ/PCS/MCS. Οι άγαμοι διαμένοντες της δομής Βαγιοχωρίου είχαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες τιμές PCS, σε σχέση με τους έγγαμους και διαζευγμένους/χήρους διαμένοντες. Επιπλέον, οι τιμές των MCS/KIZ για τους άγαμους διαμένοντες ήταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερες από αυτές των εγγάμων. Γερμανική μελέτη που ανέλυσε δεδομένα της ΣΥΠΖ (με τη χρήση μίας τροποποιημένης μορφής του εργαλείου SF-12) σε 6,821 πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο που κατέφθασαν στη



χώρα από το 2014 έως το 2017, εξήγαγε παρόμοια αποτελέσματα. Οι άγαμοι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο είχαν τις υψηλότερες μέσες τιμές PCS (57,3)/MCS (48,7), ενώ οι χήροι συμμετέχοντες τις χαμηλότερες μέσες τιμές PCS (43,5)/MCS (43,7) (Grochtdreis, König, Riedel-Heller, & Dams, 2022).

## 7.1 Περιορισμοί της μελέτης

Ένας βασικός περιορισμός της μελέτης ήταν η δυσαναλογία μεταξύ των συμμετεχόντων με καταγωγή από το Αφγανιστάν (120 άτομα), σε σχέση με όλους τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που κατάγονταν από άλλες χώρες (24 άτομα). Η χώρα καταγωγής εμφανίζεται ως ένας σημαντικός κοινωνικοδημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει την ΚΙΖ, καθώς και τις κλίμακες της ΣΥΠΖ (Walther et al., 2020). Συνεπώς, η παρούσα μελέτη δεν θα μπορούσε να εξάγει γενικεύσιμα αποτελέσματα για τις παραπάνω συσχετίσεις. Με την παράλληλη διανομή ερωτηματολογίων στις γειτονικές δομές των Λαγκαδικίων, της Νέας Καβάλας και των Σερρών θα μπορούσαν να αντληθούν σημαντικότερα αποτελέσματα, καθώς σε αυτές τις δομές διαβιούν περισσότεροι αραβόφωνοι πληθυσμοί, καθώς και άτομα με κουρδική και αφρικάνικη καταγωγή (IOM, 2021b). Ένας δεύτερος περιορισμός αφορά στο επίπεδο της συμμετοχής διαμενόντων από μία και μόνο δομή και όχι από περισσότερες, με μεγαλύτερο γεωγραφικό εύρος σε όλη την ελληνική επικράτεια, προκειμένου να εξαχθούν χρησιμότερα συμπεράσματα για την εγχώρια μεταναστευτική και υγειονομική πολιτική. Τέλος, εξίσου σημαντικές θα ήταν οι συγκρίσεις μεταξύ διαμενόντων που διαβιούν σε δομές φιλοξενίας, σε σχέση με αυτούς που διαβιούν σε αστικά καταλύματα. Πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο που φιλοξενούνται σε αστικά καταλύματα της Βόρειας Ελλάδας, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα της ΣΥΠΖ, όπως ήδη ανέλυσε η Μπέζα με τους συνεργάτες της το 2021 (Beza et al., 2021).



## 8. Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η ικανοποίηση από τη ζωή και η ΣΥΠΖ των προσφύγων και αιτούντων άσυλο της δομής Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης. Η συσχέτιση των παραπάνω κλιμάκων με ένα πλήθος ανεξάρτητων μεταβλητών εξήγαγε σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία αναλύθηκαν στις δύο παραπάνω ενότητες.

Τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή των συμμετεχόντων ήταν χαμηλά. Η διάμεσος τιμή για την ΚΙΖ ήταν 12, με 110 μετρήσεις να εμφανίζουν τιμές χαμηλότερες από το ουδέτερο σημείο της κλίμακας (τιμή: 20) και μόλις 30 μετρήσεις να λαμβάνουν μεγαλύτερες τιμές.

Τα επίπεδα της ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων ήταν επίσης χαμηλά. Η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας έλαβε υψηλότερη τιμή (Διάμεσος τιμή: 44,91, με μέση τιμή 43,90 και τυπική απόκλιση 10,69) από την αντίστοιχη κλίμακα ψυχικής υγείας (Διάμεσος τιμή: 42,05, με μέση τιμή 42,08 και τυπική απόκλιση 11,83). Ανάμεσα στις οκτώ επιμέρους κλίμακες της ΣΥΠΖ, τις δύο υψηλότερες τιμές έλαβαν η κλίμακα «συναισθηματικός ρόλος» (Διάμεσος τιμή: 100,00) και η κλίμακα «σωματική λειτουργικότητα» (Διάμεσος τιμή: 80,00). Οι κλίμακες «γενική υγεία, ζωτικότητα» έλαβαν τις χαμηλότερες τιμές ανάμεσα στο σύνολο των επιμέρους κλιμάκων, με τις αντίστοιχες διάμεσες τιμές να είναι κατά αντιστοιχία 51,00 και 55,00.

Οι παράγοντες «κάλυψη αναγκών από τους φορείς», «σύντομη ή μη άφιξη στη χώρα προορισμού», «λήψη χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής» και «οικογενειακή κατάσταση» επηρέασαν σημαντικά την ΚΙΖ. Επιπλέον, όλοι οι παράγοντες της παρούσας μελέτης, εκτός από αυτόν της «κάλυψης αναγκών από τους φορείς», επηρέασαν σημαντικά είτε μία εκ των δύο, είτε και τις δύο συνοπτικές κλίμακες της ΣΥΠΖ.

Η μελέτη αυτή αναδεικνύει τις επιπτώσεις των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, των παραγόντων σχετικά με τη διαμονή των ερωτηθέντων στην Ελλάδα και των δεδομένων υγείας που τους χαρακτηρίζουν στη διαμόρφωση των ΚΙΖ/PCS/MCS. Η καθημερινή υποστήριξη των διαμενόντων στις δομές φιλοξενίας, η εντατικότερη ενασχόληση των αρμόδιων φορέων με τα ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης και η συντόμευση της έκδοσης αποφάσεων ασύλου έχουν θετικό αντίκτυπο στις ΚΙΖ/PCS/MCS. Η διεξαγωγή μελετών σε μεγαλύτερη κλίμακα και σε περισσότερες από μία δομές φιλοξενίας ή/και αστικά



Θωμάς Πλάκας, *Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση από τη ζωή των προσφύγων και αιτούντων άσυλο της Δομής Φιλοξενίας Βαγιοχωρίου Θεσσαλονίκης*  
καταλύματα, θα μπορούσαν να δώσουν περισσότερο ουσιαστικά και γενικεύσιμα αποτελέσματα.



## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., . . . et al. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*, 1(5), 349-351. doi:10.1007/bf00434949
- Akinyemi, O. O., Owoaje, E. T., Ige, O. K., & Popoola, O. A. (2012). Comparative study of mental health and quality of life in long-term refugees and host populations in Oru-Ijebu, Southwest Nigeria. *BMC Res Notes*, 5, 394. doi:10.1186/1756-0500-5-394
- Andrews, F. M. (1974). Social indicators of perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1(3), 279-299. doi:10.1007/BF00303860
- Aziz, I. A., Hutchinson, C. V., & Maltby, J. (2014). Quality of life of Syrian refugees living in camps in the Kurdistan Region of Iraq. *PeerJ*, 2, e670. doi:10.7717/peerj.670
- Beza, S., Mavrodi, A. G., Kyratso, G., & Aletras, V. H. (2021). Health-Related Quality of Life Among Refugees and Asylum Seekers in Northern Greece. *J Immigr Minor Health*. doi:10.1007/s10903-021-01199-3
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Oxf)*, 27(3), 281-291. doi:10.1093/pubmed/fdi031
- Bradburn, N. M. (1976). The Structure of Psychological Well-Being. *Psychological Medicine*, 6(1), 161-161. doi:10.1017/S0033291700007637
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72. doi:10.1016/0168-8510(96)00822-6
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *Am Psychol*, 31(2), 117-124. doi:10.1037//0003-066x.31.2.117
- Chekola, M. G. (1974). The concept of happiness. *PHD Thesis, University of Michigan*.
- Diener, E. (2009). Subjective Well-Being. In E. Diener (Ed.), *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 11-58). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2002a). *Ανάλυση Κόστους - Χρησιμότητας* Drummond, M.F., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L., Torrance, G.W., Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης των Προγραμμάτων Υγείας, Εκδόσεις Κριτική.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2002b). *Κύρια Είδη Οικονομικής Αξιολόγησης*: Drummond, M.F., O'Brien, B.J., Stoddart, G.L., Torrance, G.W., Μέθοδοι Οικονομικής Αξιολόγησης των Προγραμμάτων Υγείας, Εκδόσεις Κριτική.
- Emerson, S. D., Guhn, M., & Gadermann, A. M. (2017). Measurement invariance of the Satisfaction with Life Scale: reviewing three decades of research. *Quality of Life Research*, 26(9), 2251-2264. doi:10.1007/s11136-017-1552-2

- Estoque, R. C., Togawa, T., Ooba, M., Gomi, K., Nakamura, S., Hijioka, Y., & Kameyama, Y. (2019). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a “QOL-Climate” assessment framework. *Ambio*, 48(6), 619-638. doi:10.1007/s13280-018-1090-3
- EuroQol\_Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9
- Farivar, S. S., Cunningham, W. E., & Hays, R. D. (2007). Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 and SF-12 Health Survey, V.I. *Health Qual Life Outcomes*, 5, 54. doi:10.1186/1477-7525-5-54
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D., & Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*, 305(6861), 1074-1077. doi:10.1136/bmj.305.6861.1074
- Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*: John Wiley & Sons.
- Fylkesnes, K., & Førde, O. H. (1991). The Tromsø Study: predictors of self-evaluated health--has society adopted the expanded health concept? *Soc Sci Med*, 32(2), 141-146. doi:10.1016/0277-9536(91)90053-f
- Gargiulo, L., & Tinto, A. (2005). *Qualità della vita correlata alla salute*. Unpublished work.
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2000). Review of Life Satisfaction Measures for Adolescents. *Behaviour Change*, 17(3), 178-195. doi:10.1375/bech.17.3.178
- Gotay, C. C., & Moore, T. D. (1992). Assessing quality of life in head and neck cancer. *Qual Life Res*, 1(1), 5-17. doi:10.1007/bf00435431
- Gottvall, M., Sjölund, S., Arwidson, C., & Saboonchi, F. (2020). Health-related quality of life among Syrian refugees resettled in Sweden. *Qual Life Res*, 29(2), 505-514. doi:10.1007/s11136-019-02323-5
- Grieco, A., & Long, C. J. (1984). Investigation of the Karnofsky Performance Status as a measure of quality of life. *Health Psychol*, 3(2), 129-142. doi:10.1037//0278-6133.3.2.129
- Grochtdreis, T., König, H.-H., Riedel-Heller, S. G., & Dams, J. (2022). Health-Related Quality of Life of Asylum Seekers and Refugees in Germany: a Cross-Sectional Study with Data from the German Socio-Economic Panel. *Applied Research in Quality of Life*, 17(1), 109-127. doi:10.1007/s11482-020-09877-4
- Hermans, M. P. J., Kooistra, J., Cannegieter, S. C., Rosendaal, F. R., Mook-Kanamori, D. O., & Nemeth, B. (2017). Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *European Journal of Epidemiology*, 32(9), 851-854. doi:10.1007/s10654-017-0269-4
- Hombrados-Mendieta, M. I., Gomez-Jacinto, L., Dominguez-Fuentes, J. M., & Garcia-Leiva, P. (2013). Sense of community and satisfaction with life among immigrants and the native population. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 601-614.
- IOM. (2021a). Greece Crisis Response Plan 2021. Retrieved from <https://crisisresponse.iom.int/response/greece-crisis-response-plan-2021> [Access 30/01/2022]
- IOM. (2021b). SMS Factsheets. Retrieved from <https://greece.iom.int/en/sms-factsheets> [Access 28/11/2021]
- Kammann, R. (1983). Objective circumstances, life satisfactions, and sense of well-being: Consistencies across time and place. *New Zealand Journal of Psychology*, 12(1), 14-22.

- Kaplan, R. M., & Bush, J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health psychology, 1*(1), 61.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics, 34*(7), 645-649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., & Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes, 5*(1), 55. doi:10.1186/1477-7525-5-55
- Kousoulis, A. A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K. P. (2016). Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. *International Journal for Equity in Health, 15*(1), 122. doi:10.1186/s12939-016-0409-6
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B., & de Jong, J. T. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43*(7), 507-515. doi:10.1007/s00127-008-0333-1
- Margolis, S., Schwitzgebel, E., Ozer, D. J., & Lyubomirsky, S. (2019). A New Measure of Life Satisfaction: The Riverside Life Satisfaction Scale. *J Pers Assess, 101*(6), 621-630. doi:10.1080/00223891.2018.1464457
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Jr., Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care, 32*(1), 40-66. doi:10.1097/00005650-199401000-00004
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res, 14*(3), 875-882. doi:10.1007/s11136-004-1014-5
- Nante, N., Gialluca, L., De Corso, M., Troiano, G., Verzuri, A., & Messina, G. (2016). Quality of life in refugees and asylum seekers in Italy: a pilot study. *Ann Ist Super Sanita, 52*(3), 424-427. doi:10.4415/ann\_16\_03\_14
- National Research Council. (2013). *Subjective Well-Being: Measuring Happiness, Suffering, and Other Dimensions of Experience*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nesterko, Y., Braehler, E., Grande, G., & Glaesmer, H. (2013). Life satisfaction and health-related quality of life in immigrants and native-born Germans: the role of immigration-related factors. *Qual Life Res, 22*(5), 1005-1013. doi:10.1007/s11136-012-0239-y
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *J Gerontol, 16*, 134-143. doi:10.1093/geronj/16.2.134
- Nordstokke, D. W., & Zumbo, B. D. (2010). A new nonparametric Levene test for equal variances. *Psicológica, 31*(2), 401-430.
- Nordstokke, D. W., Zumbo, B. D., Cairns, S. L., & Saklofske, D. H. (2011). The operating characteristics of the nonparametric Levene test for equal variances with assessment and evaluation data. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 16*(1), 5.
- Oishi, S., & Diener, E. (2014). Can and Should Happiness Be a Policy Goal? *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences, 1*(1), 195-203. doi:10.1177/2372732214548427
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res, 14*(5), 1433-1438. doi:10.1007/s11136-004-6014-y

- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The temporal satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 70(2), 340-354.
- Post, M. W. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 20(3), 167-180. doi:10.1310/sci2003-167
- Prasoon, R., & Chaturvedi, K. R. (2016). Life satisfaction: a literature review. *The Researcher: International Journal of Management, Humanities and Social Sciences*, 1(02), 24-31.
- RAND. (n.d.). 36-Item Short Form Survey (SF-36) Scoring Instructions. Retrieved from [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html) [Access 12/12/2021]
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N., & Mercier, M. (2003). Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health Qual Life Outcomes*, 1, 30. doi:10.1186/1477-7525-1-30
- Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croat Med J*, 47(4), 662-664.
- Segovia, J., Bartlett, R. F., & Edwards, A. C. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med*, 29(6), 761-768. doi:10.1016/0277-9536(89)90156-1
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5(1), 475-492. doi:10.1007/BF00352944
- Sloan, F. A. (1996). *Valuing health care: Costs, benefits, and effectiveness of pharmaceuticals and other medical technologies*: Cambridge University Press.
- Stathopoulou, T., Avrami, L., Kostaki, A., Cavounidis, J., & Eikemo, T. A. (2019). Safety, Health and Trauma among Newly Arrived Refugees in Greece. *Journal of Refugee Studies*, 32(Special\_Issue\_1), i22-i35. doi:10.1093/jrs/fez034
- Stewart, A. L., & Ware Jr, J. (1992). *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*: duke university Press.
- Tatarkiewicz, W. (1976). *Analysis of happiness*. The Hague; Warszawa: M. Nijhoff ; PWN-Polish scientific Publishers.
- UNHCR. (1951a). Σύμβαση της Γενεύης. Retrieved from <https://www.unhcr.org/gr/wp-content/uploads/sites/10/2018/01/04-symvasiprotokollo.pdf> [Access 06/01/2022]
- UNHCR. (1951b). Σύμβαση της Γενεύης του 1951: Ερωτήσεις και Απαντήσεις. Retrieved from <https://www.unhcr.org/gr/wp-content/uploads/sites/10/2017/05/Geneva1951faq.pdf> [Access 06/01/2022]
- UNHCR. (2015). Over one million sea arrivals reach Europe in 2015. Retrieved from <https://www.unhcr.org/news/latest/2015/12/5683d0b56/million-sea-arrivals-reach-europe-2015.html> [Access 28/11/2021]
- UNHCR. (2016). 'Πρόσφυγας' ή 'μετανάστης' – Ποιος όρος είναι ο σωστός;. Retrieved from [https://www.unhcr.org/gr/12771-prosfygas\\_i\\_metanastis.html](https://www.unhcr.org/gr/12771-prosfygas_i_metanastis.html) [Access 08/01/2022]
- UNHCR. (2021). Mediterranean Situation. Retrieved from <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179> [Access 28/11/2021]
- University\_of\_Utah. (2021). Introduction to SPSS. Retrieved from <https://campusguides.lib.utah.edu/c.php?g=160832&p=6707563> [Access 25/01/2022]
- Van Knippenberg, F. C. E., & De Haes, J. C. J. M. (1988). Measuring the quality of life of cancer patients: Psychometric properties of instruments. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41(11), 1043-1053. doi:[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(88\)90073-X](https://doi.org/10.1016/0895-4356(88)90073-X)



- Van Selm, K., Lackland Sam, D., & Van Oudenhoven, J. P. (1997). Life satisfaction and competence of Bosnian refugees in Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 38(2), 143-149.
- Veenhoven, R., Saris, W. E., Scherpenzeel, A. C., & Bunting, B. (1996). A comparative study of satisfaction with life in Europe. *Eotvos University*, 11-48.
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2020). Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 903-913. doi:10.1007/s10903-019-00968-5
- Ware, J., Snow, K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. *Lincoln, RI: Quality Metric, Inc, 1993, 30*.
- Ware Jr, J., & Gandek, B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. *51(11)*, 945-952.
- Ware Jr, J., Keller, S. D., & Kosinski, M. (1994). *SF-36: Physical and mental health summary scales: A user's manual*: Health Assessment Lab.
- Ware Jr, J., Kosinski, M., & Keller, S. (1995). How to score the SF-12 physical and mental health summary scales. *Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center*.
- Ware Jr, J., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. 220-233.
- Ware Jr, J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- WHO. (1946). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Retrieved from <https://www.who.int/about/governance/constitution> [Access 04/12/2021]
- WHO. (1986). The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> [Access 04/12/2021]
- WHO. (2012). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Retrieved from <https://www.who.int/tools/whoqol> [Access 04/12/2021]
- WHO. (2017). Determinants of health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health> [Access 04/12/2021]
- Yfantopoulos, J. (2001). The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Archives of Hellenic Medicine*, 18(2), 180-191.
- Zanon, C., Bardagi, M. P., Layous, K., & Hutz, C. S. (2014). Validation of the Satisfaction with Life Scale to Brazilians: Evidences of Measurement Noninvariance Across Brazil and US. *Social Indicators Research*, 119(1), 443-453. doi:10.1007/s11205-013-0478-5

## Ελληνική βιβλιογραφία

- Αργέντου, Α. (2009). Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία. *Ελευθώ*, 25-30.
- Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., & Αλεξιάς, Γ. (2008). Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής από τη θεωρία στην πράξη. *Info Respiratory & Internal Medicine, Iatriki online*, 49, 31-41.

- Διεθνής\_Αμνηστία. (2019). Πρόσφυγες, Αιτούντες και Μετανάστες/στρίες. Retrieved from <https://www.amnesty.gr/news/articles/article/22014/prosfyges-aitoyntesoyyses-asylo-kai-metanastesstries> [Access 08/01/2022]
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2020). Ο χώρος και η συνεργασία Σένγκεν. Retrieved from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=LEGISSUM:133020> [Access 09/01/2022]
- Θεοφίλου, Π. Α. (2015). Ποιότητα ζωής στο χώρο της Υγείας. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*.
- Ιωαννίδη, Ε., & Μάντη, Π. (1999). *Η έννοια της Υγείας και της Αρρώστιας*: Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π., Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, ΕΑΠ.
- Κοντοδημόπουλος, Ν. (2016). *Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων*: Πρωτότυπη Επιστημονική Μονογραφία. Αθήνα. Ανακτήθηκε από: Κοντοδημόπουλος.
- Κοντοδημόπουλος, Ν., Φραγκούλη, Δ., Παππά, Ε., & Νιάκας, Δ. (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ελληνικού SF-36. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(5), 451-462.
- ΚΥΑ:717/2020. Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των αιτούντων διεθνούς προστασίας στις υπηρεσίες υγείας, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και την αγορά εργασίας - Έκδοση Π.Α.Α.Υ.Π.Α. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/04/199.pdf> [Access 09/02/2022]
- ΚΥΑ:3063/2020. (ΦΕΚ 1382Β'/14.04.2020) Καθορισμός λειτουργίας του «Μητρώου Ελληνικών και Ξένων Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ)» και του «Μητρώου Μελών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ)», που δραστηριοποιούνται σε θέματα διεθνούς προστασίας, μετανάστευσης και κοινωνικής ένταξης εντός της Ελληνικής Επικράτειας. Retrieved from [https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/KYA3063\\_2020.pdf](https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/KYA3063_2020.pdf) [Access 08/01/2022]
- ΚΥΑ:13348/2020. ΦΕΚ:1199Β'/07.04.2020 Όροι παροχής υλικών συνθηκών υποδοχής υπό το πρόγραμμα «ΕΣΤΙΑ II» για τη στέγαση αιτούντων διεθνή προστασία. Retrieved from [https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/%CE%9A%CE%A5%CE%9113348\\_2020.pdf](https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/%CE%9A%CE%A5%CE%9113348_2020.pdf) [Access 08/01/2022]
- ΚΥΑ:42799/2021. Καθορισμός τρίτων χωρών που χαρακτηρίζονται ως ασφαλείς και κατάρτιση εθνικού καταλόγου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 86 του ν. 4636/2019 (Α' 169). Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/06/%CE%9A%CE%A5%CE%91-%CE%91%CE%A3%CE%A6%CE%91%CE%9B%CE%97%CE%A3-%CE%A4%CE%A1%CE%99%CE%A4%CE%97-%CE%A7%CE%A9%CE%A1%CE%91.pdf> [Access 09/01/2022]
- ΚΥΑ:64186/2018. Ανάθεση Προγράμματος για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των προσφύγων και μεταναστών, με φορέα υλοποίησης το ΚΕΕΛΠΝΟ. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/04/3877.pdf> [Access 09/01/2022]
- Ν.3907/2011. Ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ «σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη-μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών» και λοιπές διατάξεις. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/3907.pdf> [Access 09/01/2022]



- N.4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/04/21-1.pdf> [Access 09/01/2022]
- N.4375/2016. Οργάνωση και λειτουργία Υπηρεσίας Ασύλου, Αρχής Προσφυγών, Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης σύσταση Γενικής Γραμματείας Υποδοχής, προσαρμογή της Ελληνικής Νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2013/32/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου «σχετικά με τις κοινές διαδικασίες για τη χορήγηση και ανάκληση του καθεστώτος διεθνούς προστασίας (αναδιатύπωση)» (L 180/29.6.2013), διατάξεις για την εργασία δικαιούχων διεθνούς προστασίας και άλλες διατάξεις. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/N.4375.pdf> [Access 09/01/2022]
- N.4636/2019. Περί Διεθνούς Προστασίας και άλλες διατάξεις. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/%CE%9D.-4636.2019-%CE%A6%CE%95%CE%9A-169.%CE%91.1.11.2019.pdf> [Access 09/01/2022]
- Τριχόπουλος, Δ., Τζώνου, Α., & Κατσουγιάννη, Κ. (2001). *Βιοστατιστική*: Παρισιάνου.
- ΥΑ:13221/2020. Καθορισμός πλαισίου προδιαγραφών του προγράμματος «ΕΣΤΙΑ II» για τη στέγαση αιτούντων διεθνή προστασία. Retrieved from [https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/%CE%A5%CE%9113221\\_2020.pdf](https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/%CE%A5%CE%9113221_2020.pdf) [Access 08/01/2022]
- ΥΑ:13532/2020. Γενικός Κανονισμός Λειτουργίας Δομών Προσωρινής Υποδοχής και Φιλοξενίας πολιτών τρίτων χωρών ή ανιθαγενών που λειτουργούν με μέριμνα της Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/04/%CE%A5%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%91%CF%80%CF%8C%CF%86%CE%B1%CF%83%CE%B7-13532.pdf> [Access 09/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021a). Final Decision of Rejection: Next Steps. Retrieved from <https://migration.gov.gr/gas/diadikasies/to-dikaioma-prosfygis-kai-i-exetasi-se-deytero-vathmo/announcement/> [Access 08/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021b). Διαδικασία Β' Βαθμού. Retrieved from <https://migration.gov.gr/appeals/b-vathmos/> [Access 08/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021c). Ενημερωτικά Σημειώματα, Οκτώβριος 2021. Retrieved from <https://migration.gov.gr/statistika/> [Access 28/11/2021]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021d). Η Αίτηση Ασύλου (Διεθνούς Προστασίας). Retrieved from <https://migration.gov.gr/gas/diadikasia-asyloy/i-aitisi-gia-asylo/> [Access 08/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021e). Θετική Απόφαση. Retrieved from <https://migration.gov.gr/gas/diadikasia-asyloy/thetiki-apofasi/> [Access 08/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021f). Κανονισμός Δουβλίνου III. Retrieved from <https://migration.gov.gr/gas/diadikasies/doyvlino-iii/> [Access 09/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021g). Νομοθεσία. Retrieved from <https://migration.gov.gr/nomothesia-1-2/> [Access 08/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021h). Υπηρεσία Νόμιμης Μετανάστευσης. Retrieved from <https://migration.gov.gr/nomothesia-1-2/nomothesia-ypiresia-nomimis-metanasteysis/> [Access 08/01/2022]
- Υπουργείο Μετανάστευσης & Ασύλου. (2021i). Υπηρεσία Υποδοχής & Ταυτοποίησης. Retrieved from <https://migration.gov.gr/ris2/h-ypiresia-2/> [Access 09/01/2022]
- Υφαντόπουλος, Γ. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 6-18.



- Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- ΦΕΚ:91Α'/22.05.2018. Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2013/33/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26ης Ιουνίου 2013, σχετικά με τις απαιτήσεις για την υποδοχή των αιτούντων διεθνή προστασία (αναδιατύπωση, L 180/96/29.6.2013) και άλλες διατάξεις - Τροποποίηση του ν. 4251/2014 (Α' 80) για την προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2014/66/ΕΕ της 15ης Μαΐου 2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τις προϋποθέσεις εισόδου και διαμονής υπηκόων τρίτων χωρών στο πλαίσιο ενδοεταίρικής μετάθεσης - Τροποποίηση διαδικασιών ασύλου και άλλες διατάξεις. Retrieved from [https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/N4540\\_2018-1.pdf](https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2020/05/N4540_2018-1.pdf) [Access 08/01/2022]
- ΦΕΚ:Α'-255-23-12-2020. Προεδρικό Διάταγμα 106 (ΦΕΚ Α'-255-23-12-2020). Retrieved from [https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/01/fek\\_a\\_255\\_2020.pdf](https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/01/fek_a_255_2020.pdf) [Access 08/01/2022]
- ΦΕΚ:Α'/19-07-2018. Συμβούλιο Ένταξης Μεταναστών και Προσφύγων. Retrieved from <https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2021/01/Σύμβούλιο-Ένταξης-Μεταναστών-Νόμος.pdf> [Access 08/01/2022]



## Παράρτημα

### Το ερωτηματολόγιο της μελέτης στη γλώσσα φαρσί

این پرسشنامه برای پناهندگان کمپ وایوخوری می باشد . هدف از این مطالعه سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ساکنان در ساختار کمپ وایوخوری است  
بر اساس قانون فعلی در مورد داده ها و اطلاعات شخصی و مقررات عمومی حفاظت از داده ها  
(2016)، نتایج پرسشنامه فقط برای محقق شناخته می شود. پاسخ ها ناشناس هستند و هیچ اطلاعات شخصی درخواست نمی شود  
پیشاپیش از شما متشکرم  
توماس پلاکاس

نوع جنسیت :

مرد

زن

کشور مبدأ:..... (کشور مبدأ خود را پر کنید)

سن: ..... سال (سن خود را کامل کنید)

سطح تحصیلات:

ابتدایی

راهنمایی

دیپلستان

کارشناسی

فوق لیسانس

دکتری

وضعیت تأهل:

مجرد

متاهل

طلاق گرفته

مرد یا زن که همسرش فوت کرده باشد

زمان اقامت در یونان:

کمتر از 3 ماه

تا 6 ماه 3

تا 12 ماه 6

بیش از 12 ماه

آیا فکر می کنید به زودی به کشور مقصد خود خواهید رسید؟

بله

خیر



آیا فکر می کنید که نیازهای شما توسط سازه ها برآورده می شود؟

بله

خیر

آیا دارو برای بیماری مزمن مصرف می کنید؟

بله

خیر

آیا از یک مشکل جدی سلامتی رنج می برید؟

بله

خیر

بیشتر زمینه های زندگی من به ایده آل هایم نزدیک است  
آیا با این جمله موافق هستید  
( فقط یکی را انتخاب کنید )

من به شدت مخالف

من مخالف

من کمی مخالف

نه موافق / مخالف

کمی موافقم

موافقم

کاملاً موافقم

شرایط زندگیم عالی است  
آیا موافق هستید  
( فقط یکی را انتخاب کنید )

من به شدت مخالف

من مخالف

من کمی مخالف

نه موافق / مخالف

کمی موافقم

موافقم

کاملاً موافقم



من از زندگیم راضی هستم  
آیا موافق هستید  
(فقط یکی را انتخاب کنید)

- من به شدت مخالفم
- من مخالفم
- من کمی مخالفم
- نه موافق / مخالف
- کمی موافقم
- موافقم
- کاملاً موافقم

تا به حال به مهمترین چیزهایی که در زندگی می خواهیم، رسیده ام  
آیا موافق هستید  
(فقط یکی را انتخاب کنید)

- من به شدت مخالفم
- من مخالفم
- من کمی مخالفم
- نه موافق / مخالف
- کمی موافقم
- موافقم
- کاملاً موافقم

اگر می توانستم زندگی ام را دوباره زنده کنم، چیزی را تغییر نمی دادم  
آیا موافق هستید  
(فقط یکی را انتخاب کنید)

- من به شدت مخالفم
- من مخالفم
- من کمی مخالفم
- نه موافق / مخالف
- کمی موافقم
- موافقم
- کاملاً موافقم



1- بطور کلی, سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید.  
(یکی را مشخص نمایید)

۱ عالی  
۲ بسیار خوب  
۳ خوب  
۴ متوسط  
۵ بد

2- در مقایسه با سال گذشته بطور کلی سلامت خود را در حال حاضر چگونه ارزیابی می‌کنید.  
(یکی را مشخص نمایید)

۱ بسیار بهتر از سال گذشته است  
۲ کمی بهتر از سال گذشته است  
۳ تقریباً مشابه سال گذشته است  
۴ کمی بدتر از سال گذشته است  
۵ بسیار بدتر از سال گذشته است

3- موارد زیر شامل فعالیت‌هایی است که شما احتمالاً طی یک روز عادی انجام می‌دهید. آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر این فعالیت‌ها را محدود کرده است؟ اگر چنین است به چه میزان؟  
(از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

فعالیت‌ها	بله، بسیار محدود شده است	بله کمی محدود شده است	خیر، اصلاً محدود نشده است
الف - فعالیت‌های سنگین مثل دویدن، بلندکردن اجسام سنگین، شرکت در ورزشهای قدرتی	۱	۲	۳
ب - فعالیت‌های متوسط مثل حرکت دادن یک میز، جابجایی جاروبرقی، انجام ورزشهای سبک	۱	۲	۳
ج - بلند کردن یا حمل خواربار منزل	۱	۲	۳
د - بالا رفتن از چند راهپله	۱	۲	۳
هـ - بالا رفتن از یک راهپله	۱	۲	۳
و - دولا شدن، زانو زدن یا خم شدن	۱	۲	۳
ز - راه رفتن برای بیش از یک کیلومتر	۱	۲	۳
ح - راه رفتن برای بیش از چند کوچه	۱	۲	۳
ط - راه رفتن برای بیش از یک کوچه	۱	۲	۳
ی - حمام کردن یا پوشیدن لباس	۱	۲	۳

4- آیا طی ۲ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره، به علت وضعیت سلامت جسمانی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟

(از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

خیر	بله	
۲	۱	الف - کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها نموده‌اید
۲	۱	ب - به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید
۲	۱	ج - در انجام کارهایی خاص یا سایر فعالیت‌ها محدودیت داشته‌اید
۲	۱	د - در انجام کار یا سایر فعالیت‌ها دچار مشکل شده‌اید (مثلاً نیازمند تلاش بیشتری بوده‌اید)

۱  
به صفحه بعد مراجعه کنید



6- آیا طی ۴ هفته گذشته در کار و یا سایر فعالیت‌های روزمره، به علت مشکلات روحی خود یکی از مشکلات زیر را داشته‌اید؟ (از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

خیر	بله	
۲	۱	الف - کاهش مدت زمانی که صرف کار یا سایر فعالیت‌ها نموده‌اید
۲	۱	ب - به کمتر از آنچه که تمایل داشته‌اید، دست یافته‌اید
۲	۱	ج - کار یا سایر فعالیت‌های خود را با دقت معمول انجام نداده‌اید؟

7- طی ۴ هفته گذشته سلامت جسمانی یا مشکلات روحی شما تا چه حدی فعالیت‌های معمول اجتماعی شما را در رابطه با خانواده، دوستان، همسایگان یا مردم مختل کرده بود؟ (یکی را مشخص نمایید)

۱	اصلاً
۲	کمی
۳	تا حدی
۴	زیاد
۵	خیلی زیاد

7- طی ۴ هفته گذشته چقدر درد داشته‌اید؟ (یکی را مشخص نمایید)

۱	اصلاً
۲	بسیار کم
۳	کم
۴	تا حدی
۵	شدید
۶	بسیار شدید

8- طی ۴ هفته گذشته درد تا چه حد در کار معمولی و همیشگی شما اختلال ایجاد کرده بود (هم کار خارج از منزل و هم کار منزل)؟ (یکی را مشخص نمایید)

۱	اصلاً
۲	کمی
۳	تا حدی
۴	زیاد
۵	بسیار زیاد

9- این پرسش‌ها مربوط به احساسات و وضعیت شما طی ۴ هفته گذشته است. لطفاً برای هر سؤال نزدیکترین پاسخ به احساس خود را انتخاب کنید، چه مدتی طی ۴ هفته گذشته: (از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

هیچ وقت	به ندرت	بعضی وقت‌ها	خیلی وقت‌ها	اغلب اوقات	تمام اوقات	
۶	۵	۴	۳	۲	۱	الف - فردی سرحال و سرزنده بوده‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	ب - فردی بسیار عصبی بوده‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	ج - به حدی غمگین بوده‌اید که هیچ چیزی شما را شاد نمی‌کرده است؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	د - احساس آرامش و امنیت داشته‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	هـ - خود را پر از انرژی احساس می‌کرده‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	و - خود را غمگین و افسرده احساس می‌کرده‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	ز - احساس ضعف بیش از حد می‌کرده‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	ح - فردی شاد بوده‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۲	۱	ط - احساس خستگی می‌کرده‌اید؟

۲

به صفحه بعد مراجعه کنید



10. طی 4 هفته گذشته، وضعیت جسمانی یا مشکلات روحی چه مدتی فعالیت‌های اجتماعی شما را مختل کرده بود (مثل دیدار دوستان، بستگان و غیره)؟  
(یکی را مشخص نمایید)

- 1 ..... تمام اوقات  
2 ..... بیشتر اوقات  
3 ..... بعضی اوقات  
4 ..... بندرت  
5 ..... هیچ وقت

11. هر کدام از عبارات زیر تا چه حدی در مورد شما درست یا نادرست است؟ (از هر ردیف یک عدد را مشخص نمایید)

کاملاً نادرست است	تا حدود زیادی نادرست است	نمی‌دانم	تا حدود زیادی درست است	کاملاً درست است	
0	4	3	2	1	الف - به نظر می‌رسد که من نسبت به دیگر افراد راحت‌تر مبتلا به بیماری می‌شوم
0	4	3	2	1	ب - سلامتی من مثل دیگر افرادی است که می‌شناسم
0	4	3	2	1	ج - انتظار دارم که وضع سلامتی‌ام بدتر شود
0	4	3	2	1	د - وضعیت سلامتی من عالی است

© 1- تمامی حقوق برای *Medical Outcom Trust* محفوظ است.  
2- استفاده از این نسخه برای پژوهشهای علمی در ایران منوط به اجازه کتبی از پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی است.



## Το ερωτηματολόγιο της μελέτης στην αραβική γλώσσα

هذا الاستبيان موجه إلى اللاجئين في مخيم اللجوء ( فايوخوري ) .

الغرض من الدراسة هو قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة لسكان المخيم المذكور أعلاه .  
بناءً على التشريع الحالي بشأن البيانات الشخصية واللائحة العامة لحماية البيانات (2016) ، نود هنا ان نعلمكم بان نتائج الاستبيان ستكون معروفة للباحث فقط و الإجابات ستكون مجهولة المصدر ولا يتم طلب أي بيانات شخصية.

شكرا لكم مقدما  
الباحث المسؤول  
توماس بلاكاس

الجنس:

رجل

امرأة

بلد المنشأ: ..... (أدخل بلدك الأصلي)  
العمر: ..... سنة (أكمل عمرك)

مستوى التعليم:

ابتدائي

اعدادي

ثانوي

بكالوريوس

ماجستير

دكتوراه

الحالة الاجتماعية :

اعزب

متزوج

مطلق

ارمل / ارمله

وقت الإقامة في اليونان:

أقل من 3 أشهر

من 3 إلى 6 أشهر

من 6 إلى 12 شهرًا

أكثر من 12 شهرًا

هل تعتقد أنك ستصل قريبًا إلى بلد وجهتك؟

نعم

لا



هل تعتقد أن الخدمات المقدمة في المخيم تلبي احتياجاتك؟

نعم

لا

هل تتناول أي دواء لأمراض مزمنة؟

نعم

لا

هل تعاني من مرض مزمن / خطير؟

نعم

لا

معظم مجالات حياتي قريبة من المثالية. أي مما يلي يعبر عنك على أفضل نحو (خيار واحد)

أنا لا أوافق بشدة

أنا لا أوافق

أنا لا أوافق قليلا

لا أوافق / لا أعترض

أوافق قليلا

أوافق

أوافق بشدة

ظروف معيشتي ممتازة. أي مما يلي يعبر عنك بأفضل شكل (خيار واحد)

أنا لا أوافق بشدة

أنا لا أوافق

أنا لا أوافق قليلا

لا أوافق / لا أعترض

أوافق قليلا

أوافق

أوافق بشدة

أنا راضي عن حياتي. أي مما يلي يعبر عنك بأفضل شكل (خيار واحد)

أنا لا أوافق بشدة

أنا لا أوافق

أنا لا أوافق قليلا

لا أوافق / لا أعترض

أوافق قليلا

أوافق

أوافق بشدة

حتى الآن حصلت على أهم الأشياء التي أريدها في الحياة. أي مما يلي يعبر عنك بأفضل شكل (خيار واحد)

- أنا لا أوافق بشدة
- أنا لا أوافق
- أنا لا أوافق قليلا
- لا أوافق / لا أعترض
- أوافق قليلا
- أوافق
- أوافق بشدة

إذا استطعت أن أعيش حياتي مرة أخرى ، فلن أغير أي شيء. أي مما يلي يعبر عنك بأفضل شكل (خيار واحد)

- أنا لا أوافق بشدة
- أنا لا أوافق
- أنا لا أوافق قليلا
- لا أوافق / لا اعترض
- أوافق قليلا
- أوافق
- أوافق بشدة

١- بصورة عامة، كيف ترى حالتك الصحية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- ممتازة
- جيد جدا
- جيدة
- لا بأس بها
- سيئة

٢- مقارنة بعام مضى، كيف تقيم حالتك الصحية الآن بصورة عامة؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- أفضل بكثير مما كانت عليه قبل عام
- أفضل نوعا ما من العام الماضي
- تقريبا على ما هي عليه
- أسوأ نوعا ما من العام الماضي
- أسوأ بكثير مما كانت عليه قبل عام

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

۳- تتعلق البنود التالية بأنشطة يمكن ان تقوم بها خلال يومك العادي، في الوقت الحالي، الى اي مدى تقيدك حالتك الصحية:

لا تقيدني اطلاقا	نعم تقيدني قليلا	نعم تقيدني كثيرا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(أ) من ممارسة الأنشطة الشاقة مثل: الجري، حمل الأشياء الثقيلة او مزاوله الأنشطة الرياضية المجهدة جدا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ب) من ممارسة الأنشطة متوسطة الجهد، كتحريك الطاولة او التنظيف باستخدام المكينة الكهربائية او تنظيف حديقة المنزل والعناية بها ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ج) من حمل المشتريات من البقالة او السوق المركزي (السوبرماركت)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(د) من صعود الدرج لعدة أدوار؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(هـ) من صعود الدرج لدرج واحد فقط؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(و) من الانحناء او الركوع او السجود ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ز) من المشي لأكثر من كيلومتر ونصف؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ح) من المشي لمسافة نصف كيلومتر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ط) من المشي لمسافة مئة متر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ي) من الاستحمام او ارتداء الملابس بنفسك؟

## الصحة الجسمية

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

4- تتعلق البنود التالية (أ ، ب ، ج ، د) بالمشاكل التي يمكن ان تواجهك خلال تأديتك لعملك او للأنشطة اليومية المعتادة نتيجة لحالتك الصحية الجسمية. خلال الاسبوع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية الجسمية في:

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل او اي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ب) التقليل مما تود انجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ج) تقييدك في أداء نوع معين من الأعمال أو أي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(د) أن تجد صعوبة في تأدية العمل أو أي أنشطة أخرى؟ (على سبيل المثال، احتجت الى جهد اضافي لتأديتها)

## الصحة النفسية

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

5- تتعلق البنود التالية (أ ، ب ، ج ) بالمشاكل التي يمكن ان تواجهك خلال تأديتك لعملك او الأنشطة اليومية المعتادة كنتيجة لحالتك الصحية النفسية. (مثلا الشعور بالاكئاب او القلق) خلال الاسبوع الأربعة الماضية، هل تسببت حالتك الصحية النفسية في:

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(أ) التقليل من الوقت الذي تقضيه في العمل او أي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ب) التقليل مما تود انجازه من العمل أو أي أنشطة أخرى؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(ج) عدم انجاز العمل او أي أنشطة أخرى بالحرص المعتاد؟

- 4 -

## الصحة الجسمية او النفسية

٦- خلال الاسابيع الاربعة الماضية، الى اي مدى تعارضت صحتك الجسمية او النفسية مع تأديتك لنشاطاتك الاجتماعية المعتادة مع عائلتك او اصدقائك او جيرانك او اي من المناسبات الاجتماعية الأخرى؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- لم يكن هناك أي تعارض اطلاقا
- كان هناك تعارض قليل
- كان هناك تعارض متوسط
- كان هناك تعارض كبير
- كان هناك تعارض كبير جدا

## شدة الألم

٧- ما شدة الألم الجسمي الذي عانيت منه خلال الاسابيع الاربعة الماضية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- لم يكن هناك أي ألم
- كان هناك ألم خفيف جدا
- كان هناك ألم خفيف
- كان هناك ألم متوسط
- كان هناك ألم شديد
- كان هناك ألم شديد جدا



٨- خلال الأسابيع الأربعة الماضية، إلى أي مدى أدى الألم الجسدي إلى التعارض مع تأديتك لأعمالك المعتادة (سواء داخل المنزل أو خارجه)؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- لم يكن هناك أي تعارض
- كان هناك تعارض قليل جدا
- كان هناك تعارض متوسط
- كان هناك تعارض كبير
- كان هناك تعارض كبير جدا



9- الأسئلة التالية تتعلق بكيفية شعورك وطبيعة سير الأمور معك خلال الأسابيع الأربعة الماضية، الرجاء اعطاء اجابة واحدة لكل سؤال بحيث تكون هذه الاجابة هي الأقرب الى الحالة التي كنت تشعر بها. خلال الأسابيع الأربعة الماضية، كم من الوقت:

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

لم اشعر في أي وقت من الايقات	في قليل من الايقات	في بعض الايقات	في كثير من الايقات	في معظم الايقات	في كل الايقات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
أ) شعرت بأنك ملئ بالحيوية والنشاط؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب) كنت شخصا عصيبا جدا؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج) شعرت بأنك في حالة اكتئاب الى درجة لم يمكن معها اسخال السرور اليك؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د) شعرت بالهدوء والطمأنينة؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ) كانت لديك طاقة كبيرة؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
و) شعرت بالاحباط واليأس؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ز) شعرت بأنك منهك (استنفذت قواك)؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ح) شعرت بأنك شخص سعيد؟					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ط) شعرت بأنك تعبان؟					



10- خلال الاسابيع الاربعة الماضية، ما مقدار الوقت الذي تعارضت فيه صحتك الجسمية او مشاكلك النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية ( مثل زيارة الأصدقاء والأتقارب وغير ذلك ) ؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ أمام الاجابة المناسبة)

- كان التعارض في كل الأوقات
- كان التعارض في معظم الأوقات
- كان التعارض في بعض الأوقات
- كان التعارض في قليل من الأوقات
- لم يكن هناك تعارض في أي وقت من الأوقات

11- ما مدى صحة او خطأ كل من العبارات التالية ( أ ، ب ، ج ، د ) بالنسبة الى حالتك الصحية؟

(اختر اجابة واحدة وضع علامة ✓ تحت الاجابة المناسبة)

خطأ بلا شك	خطأ غالبا	لا اعلم	صحيحة غالبا	صحيحة بلا شك	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أ) يبدو أنني أصاب بالمرض أسهل من الآخرين.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ب) حالتي الصحية مساوية لأي شخص أعرفه.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ج) أتوقع أن تسوء حالتي الصحية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	د) حالتي الصحية ممتازة.



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.